

Was bringt die ICD-11 im Bereich der trauma- und belastungsbezogenen Diagnosen?

Andreas Maercker · David J. Eberle

Abteilung für Psychopathologie und Klinische Intervention, Psychologisches Institut, Universität Zürich, Zürich, Schweiz

Schlüsselwörter

Anpassungsstörung · Diagnostik · Posttraumatische Belastungsstörung · Trauma

Zusammenfassung

Im internationalen Raum ersetzte am 01.01.2022 das von der Weltgesundheitsorganisation WHO herausgegebene ICD-11-Diagnosesystem das bisherige ICD-10. Als eine der vielen Neuerungen wurde eine Kategorie für trauma- und belastungsbezogenen Diagnosen eingeführt, welche die klassische und komplexe posttraumatische Belastungsstörung, die anhaltende Trauerstörung sowie die Anpassungsstörung beinhaltet. Zusätzlich wurden die reaktive Bindungsstörung und die Bindungsstörung mit sozialer Enthemmung als Diagnosen des Kindesalters in diese Störungsgruppe aufgenommen. Im Vergleich zum ICD-10 konnte die klinische Nützlichkeit und Anwendbarkeit der neuen ICD-11-Diagnosen erhöht werden, indem bestehende Störungen auf der Symptomebene vereinfacht oder neue Störungen eingeführt wurden. Erste Studien zeigen aber auch Unterschiede in der Häufigkeit der Diagnosevergabe im Vergleich zu ICD-10 und DSM-5, was durch verbleibende Unschärfen von Diagnosesystemen und den theoretischen Neuerungen erklärt werden kann. Die Einführung der ICD-11 bringt insgesamt eine Reihe von Impulsen mit sich und erleichtert die Arbeit von Fachpersonen in der klinischen Praxis und Forschung.

© 2022 The Author(s).
Published by S. Karger AG, Basel

What is New in the ICD-11 Definition of Stress-Related Disorders?

Keywords

Adjustment disorder · Diagnostics · Posttraumatic stress disorder · Trauma

Abstract

On January 1, 2022, the World Health Organization (WHO) implemented the ICD-11 diagnostic system as replacement of the previous ICD-10. As one of the many innovations, the grouping of stress-related disorders was introduced, which includes classic and complex posttraumatic stress disorder, prolonged grief disorder, and adjustment disorder. In addition, reactive attachment disorder and disinhibited social engagement disorder were included as diagnoses for children. Compared to the ICD-10, the clinical utility and applicability of the new ICD-11 diagnoses was increased by simplifying existing disorders at the symptom level or by implementing new disorders. Initial studies show that with the ICD-11, the quantity of diagnosed disorders differs significantly from ICD-10 and DSM-5, which can be explained by imprecisions of diagnostic systems and the new theoretical definitions. Overall, the introduction of ICD-11 provides many innovative impulses and facilitates the work of professionals in clinical practice and research.

© 2022 The Author(s).
Published by S. Karger AG, Basel

Einleitung: Das Vorgehen der WHO

Länger als jemals zuvor – und zwar fast 30 Jahre – dauerte es, bis die 10. Version der Klassifikation von Erkrankungen (ICD-10) der Weltgesundheitsorganisation (WHO) durch die am 01.01.2022 neu international geltende 11. Version (ICD-11) ersetzt wurde. Als die WHO 2011 eine internationale Arbeitsgruppe zu den trauma- und belastungsbezogenen Störungen (*Disorders specifically associated with stress*) gründete, gab es schon einige zentrale Vorarbeiten zur Methodologie und den Inhalten der zu entwickelnden neuen 11. Version des Klassifikationsverzeichnisses. Das Advisory Board positionierte die Projektleitung, das methodologische Konzept der klinischen Nützlichkeit (*clinical utility*) als zentrales Kriterium für die Weiterentwicklungen der ICD-11 zu setzen. Zudem hatte es zwei große Surveys initiiert, die u.a. den Bedarf von bisher nicht im ICD-10 vorhandenen, diagnostischen Kategorien bei internationalen Psycholog:innen und Psychiatr:innen ermittelte [Reed et al., 2011; Evans et al., 2013].

Diese Surveys zur Nutzung der bisherigen ICD-10 und zu Erwartungen für neue diagnostische Kategorien ergaben, dass im Bereich der trauma- und belastungsbezogenen Störungen von den Kliniker:innen aus der ganzen Welt neue Diagnosen zu komplexen Traumafolgen sowie zur – bis damals so genannten – pathologischen Trauer gewünscht wurden [Robles et al., 2014]. Das Advisory Board des ICD-11-Kapitels zu Mental, Behavioural and Neurodevelopmental Disorders (nachfolgend abgekürzt als: Kapitel Mental Disorders) erwartete daher, dass sich die Arbeitsgruppe zu den trauma- und belastungsbezogenen Störungen vertieft mit diesen erwünschten neuen Störungskategorien beschäftigte.

Die Arbeitsgruppe war aus Mitgliedern aus allen Weltregionen besetzt: Afrika (Lynne M. Jones, Ashraf Kagee), Amerika (Marylene Cloitre, Cecile Rousseau), Asien/Australien (Asma Humayan, Daya Somasundaram, Yuriko Suzuki, Richard Bryant), Europa (Chris Brewin, Andreas Maercker, Simon Wessely), mit Vertretern der Nicht-Regierungsorganisationen IKRK (Renato Souza), International Medical Corp (Inka Weissbecker), Medecins sans Frontiers (Augusto Llosa) sowie WHO Beratern und Mitarbeitenden (Michael B. First, Mark van Ommeren, Geoffrey Reed). Diese Zusammensetzung war gewählt worden, um alle Diagnosekategorien und diagnostischen Leitlinien auf ihre Passfähigkeit und Relevanz im globalen Maßstab und – im Besonderen für die trauma- und belastungsbezogenen Störungen – für internationale Notfallnachsorge-Einsätze der WHO prüfen zu können.

Vom Beginn der Arbeitsgruppentätigkeit an bis zur Verabschiedung der ICD-11 im World Health Assembly im Mai 2019 wurden mehrere Schritte der Diagnosen-Entwicklung durchgeführt:

- Vorstudien: Die oben erwähnten Surveys wurden durchgeführt und global sowie in einzelnen Ländern ausgewertet [Reed et al., 2011, 2013; Evans et al., 2013].
- Arbeitsgruppen: Insgesamt 20 Arbeitsgruppen zu Störungsbereichen sowie Querschnittsaufgaben für das Kapitel Mental Disorders arbeiteten an systematischen Forschungsüberblicken, Überblicken zu Clinical Best Practices, konsultierten Patienten- und Betroffenenverbände und hielten Regionalmeetings ab (z.B. für die arabischen Länder).
- Publierte Diagnosevorschläge: Für die Arbeitsgruppe trauma- und belastungsbezogene Störungen wurden bereits 2013 in den Zeitschriften Lancet [Maercker et al., 2013a] und World Psychiatry [Maercker et al., 2013b] sowie nachfolgend im Global Clinical Practitioners Network (<https://gcp.network>) entsprechende Publikationen veröffentlicht.
- Online-Studien zur klinischen Nützlichkeit: Anhand von Fallvignetten und zugehörigen Ratings wurden klinischer Nutzen und Korrektheit der neuen Diagnosevorschläge in vielen Ländern untersucht und ggf. erste Modifikationen der Diagnosevorschläge durchgeführt. Zudem wurde begonnen, ausführlichere „Klinische Beschreibungen und Diagnostische Richtlinien“ (engl. Clinical Descriptions and Diagnostic Recommendations: CDDR) zu erarbeiten.
- Feldstudien mit Patient:innen: in 13 Studienzentren verschiedener Länder wurden klinische Untersuchungen durchgeführt, was ebenfalls zu Veränderungen der CDDRs führte [Reed et al., 2018].

Die Steigerung der klinischen Nützlichkeit bedeutete konkret vor allem, dass die außerordentliche Komplexität in den zwischenzeitlich im DSM-System verankerten diagnostischen Algorithmen aufgelöst bzw. reduziert werden sollte, indem weniger und – wenn möglich – nur auf einer gemeinsamen Ebene zu bewertende Symptome in die Diagnosestellung einfließen. Dazu kommt, dass in einer Definition jeweils weniger Symptome aufgeführt werden, also nur diese mit der höchsten Sensitivität und Spezifität. Schlussendlich sollte die Anzahl von Untertypen extrem eingeschränkt werden – dies alles, um die Übersichtlichkeit über die Diagnosemöglichkeiten zu erleichtern [Reed, 2010]. In Bezug auf die Gruppe der trauma- und belastungsbezogenen Diagnosen wurde auch die mögliche Aufnahme der Verbitterungsstörung, Burnout, Continuous Trauma Disorder sowie der zukünftige Bezug zur Gruppe der dissoziativen Störungen diskutiert (und für die ICD-11 zunächst nicht aufgenommen bzw. verändert). Zudem ist die akute Belastungsreaktion in der ICD-11 neu bei den „Gesundheitsbeeinflussenden Faktoren“ eingeordnet, da diese eine normale Reaktion auf einen Stressor widerspiegelt, die sich üblicherweise innerhalb weniger Tage nach dem auslösenden Ereignis zurückbildet.

Für die CDDR verfolgt die WHO erstmals einen offenen Ansatz, so dass es auf der ICD-11-Website neben einer festen Version (frozen release; WHO-Homepage mit blauem Hintergrund) auch eine offene Version (maintenance release; WHO-Homepage mit orangefarbenem Hintergrund) gibt (letztere siehe <https://icd.who.int/dev11/l-m/en#/>).

Im Folgenden werden bei der Einzeldarstellung der neuen Störungsdefinitionen jeweils nach der Erläuterung der Merkmale aus zwei weiteren Bereichen der CDDR zusätzliche Informationen gegeben. Dies beinhaltet die Abschnitte zu den „Entwicklungspräsentationen über die Lebensspanne“ und zu „Kultur-bezogenen Merkmalen“. Die ICD-11 nennt die Definitionsbestandteile nicht „Kriterien“ sondern „Merkmale“. Im vorliegenden Text wird dies befolgt, ausser wenn jeweils vom „Ereigniskriterium“ und vom „Zeitkriterium“ gesprochen wird.

Diagnosen im Erwachsenen- und Kindesbereich

PTBS

Die PTBS-Definition wurde erheblich neu formuliert was die Symptome betrifft. Nur ganz unwesentlich verändert wurde die bisherige kurze Definition des Ereigniskriteriums: „Eine PTBS kann sich entwickeln, nachdem man einem extrem bedrohlichen oder schrecklichen Ereignis oder einer Folge von Ereignissen ausgesetzt war.“ (von der Website icd.who.int/browse11/; keine offizielle Übersetzung, sondern durch die Autoren). Dass das Ereigniskriterium weiterhin so kurzgehalten wird, hat mit den Forschungsergebnissen zu tun, die unterstützen, dass allein das Symptommuster ausreicht, um eine PTBS valide und reliabel zu diagnostizieren. Das Symptommuster der PTBS ist, wie Studien empirisch nachwiesen, nur bei den Personen vorhanden, die ein traumatisches Geschehen erlebt haben [Brewin et al., 2009].

Die erste PTBS-Symptomgruppe ist das Wiedererleben in lebendiger Form (*re-experiencing in vivid memories*). Als Beispiele werden Flashbacks und Alpträume genannt. Das Wiedererleben kann über eine oder mehrere Sinnesmodalitäten erfolgen und wird typischerweise von starken oder überwältigenden Emotionen, insbesondere Angst oder Entsetzen, und starken körperlichen Empfindungen begleitet [Bar-Haim et al., 2021]. Damit zählt das Symptom des traurigen, unwillkürlichen Sich-Erinnerns an traumatische Erlebnisse, wie es im ICD-10 als Intrusion definiert war, nicht mehr zu den Symptomen. Dieses ist zu unspezifisch, denn solcherart Intrusionen haben auch resiliente Traumaüberlebende ohne PTBS-Diagnose, auch sie müssen von Zeit zu Zeit an das traumatische Erlebte denken und sind dabei traurig.

Die zweite Symptomgruppe ist die Vermeidung von Gedanken, Gefühlen, Situationen oder Personen, die an

das traumatische Geschehen erinnern. Betont wird hier, dass es sich um aktives bzw. von der Person selbst reflektiertes Vermeidungsverhalten handelt. Frühere Symptome wie Amnesien oder Teilamnesien, von einigen Autoren auch als unwillkürliches Vermeidungsverhalten bezeichnet, gehören nicht mehr zu den Merkmalen, weil sie einerseits seltener vorkommen als das aktive Vermeidungsverhalten und weil sie andererseits oft nicht selbst von den Betroffenen reflektiert werden können. Die weiteren Symptome, Interesseverminderung, Entfremdungsgefühl, Abflachung der allgemeinen Reagibilität (*numbing*), Gefühl der eingeschränkten Zukunft, wie sie im DSM-System beschrieben werden, gehören nicht zur dieser Symptomgruppe, da sie eher als depressive Begleit- oder Folgesymptome eingeschätzt werden.

Die dritte Symptomgruppe ist anhaltende Wahrnehmung einer erhöhten gegenwärtigen Bedrohung. Einzelmerkmale sind die übermäßige Wachsamkeit und die übermäßige Schreckreaktion. Wegen ihrer Unspezifität wurden die Symptome der erhöhten Reizbarkeit, des selbstzerstörerischen Verhaltens, der Konzentrations- und Schlafschwierigkeiten aus der früher als Hyperarousal-Symptome genannten Symptomgruppe entfernt.

Ein Zeitkriterium wird in den Verlaufsmerkmalen der CDDR genannt: die Störung tritt in der Regel innerhalb von 3 Monaten nach der Exposition mit einem traumatischen Ereignis auf (d.h. auch frühestens nach ca. 3 Monaten diagnostizierbar). Zusätzlich wird eine verzögerte Ausprägung beschrieben (ohne dass dies einen Subtyp formalisiert), bei dem die Ausbildung von Symptomen der PTBS auch noch Jahre nach einem traumatischen Ereignis auftreten kann. (In der gesamten ICD-11 Kapitel Mental Health sind Zeitangaben bewusst in Zeiträumen und nicht mit genauen Stichzeitpunkten angegeben, weil letztere nicht der Natur psychischer Prozesse entsprechen und nur „pseudopräzise“ sein können; siehe Reed et al. [2018]).

Für die PTBS wie für alle Diagnosen der trauma- und belastungsbezogenen Störungen gilt zudem das Merkmal der psychosozialen Funktionsbeeinträchtigungen. Es besagt: „Die Störung führt zu einer erheblichen Beeinträchtigung der persönlichen, familiären, sozialen, schulischen, beruflichen oder anderen wichtigen Funktionsbereiche. Wenn die Funktionsfähigkeit aufrechterhalten wird, dann nur durch erhebliche zusätzliche Anstrengungen.“ (von der Website icd.who.int/browse11/; keine offizielle Übersetzung, sondern durch die Autoren). Insbesondere der zweite Satz ist neu und klinisch wichtig. Es geht darum, dass Betroffene über eine längere Zeit psychosozial trotz Symptomatik gut funktionieren können, man bei ihnen aber Belastungsanzeichen einer Überkompensation in Rechnung stellen muss, um dieses Kriterium zu beurteilen. Beispielsweise können ausgeprägte traumabezogene Alpträume die Schlafqualität dermaßen herab-

setzen, dass arbeitsbezogene Leistungseinbrüche mit viel Mühe (etwa durch Überstunden) kompensiert werden können, was man in diesem Zusammenhang auch untersuchen sollte.

Für die Entwicklungspräsentationen der PTBS-Diagnose muss hier auf neuere Literatur aus dem Kinder- und Jugendbereich verwiesen werden [Pfeiffer et al., 2019].

Für die kulturbezogenen Merkmale stellt die ICD-11 erstmals ausführlichere Hinweise zur Verfügung. Beispielsweise wird ausgeführt, dass in bestimmten kulturellen Gruppen die prominentesten Symptome Ärgerausbrüche, körperliche Symptome (Kopfschmerz, Schwindel, Zittern), Panikattacken u.a. sein können. Es wird darauf hingewiesen, dass es in anderen Kulturen spezifische Bezeichnungen für Traumafolgesymptome oder Störungen geben kann, wie „Nervios“ oder „Weak Heart“. Zudem wird darauf hingewiesen, dass in manchen Kulturen eine Traumafolgestörung nur bei nahen Angehörigen und nicht bei sich selbst wahrgenommen wird bzw. dass Traumafolgen generell nicht als pathologisch, sondern als „normal“ angesehen werden.

Komplexe PTBS

Bei der komplexen PTBS (KPTBS) ist das Ereigniskriterium ein wenig ausführlicher als das bei der PTBS und vor allen Dingen zählt es einige Beispielkonstellationen für Traumatisierungen auf: „Die KPTBS ist eine Störung, die sich entwickeln kann, nachdem man einem Ereignis oder einer Reihe von Ereignissen extrem bedrohlicher oder schrecklicher Natur ausgesetzt war, meist lang anhaltende oder sich wiederholende Ereignisse, denen man nur schwer oder gar nicht entkommen kann (z. B. Folter, Sklaverei, Völkermordkampagnen, lang anhaltende häusliche Gewalt, wiederholter sexueller oder körperlicher Missbrauch in der Kindheit).“ (von der Website icd.who.int/browse11/; keine offizielle Übersetzung, sondern durch die Autoren). Diese Aufzählung ist nicht erschöpfend, sodass auch weitere Traumakonstellationen zu einer KPTBS führen können. Wieder kommt es – genauso wie bei der PTBS – schlussendlich nur auf das Vorliegen des Symptombildes an.

Zum Symptombild wird zunächst ausgesagt, dass alle diagnostischen Erfordernisse für die PTBS vorliegen müssen, die im vorangehenden Abschnitt beschrieben wurden. Hier ist aber zu beachten, dass Patient:innen das durch diese Symptome ausgelöste Leiden subjektiv als geringfügiger einschätzen als das Leiden, das aus den im weiteren genannten Symptomen entsteht, d.h., die „klassischen“ PTBS-Symptome sind im Fall dieser Patient:innen oft kein subjektives Behandlungsanliegen und werden von ihnen manchmal auch als „normal“ angenommen, z.B. Flashback-Episoden, Gefühlsvermeidung oder Schreckhaftigkeit. Daher ist es wichtig, in diesem Bereich das einfache Vorhandensein der Symptome zu erfassen,

ohne immer zu erwarten, dass die Patient:innen daran ausgeprägt leiden. Im Fall eines erfolgreichen Therapieverlaufs kann sich die subjektive Wahrnehmung der Symptombelastung übrigens ändern, sodass Patient:innen dann berichten, dass ihnen diese Symptome mehr zu schaffen gemacht haben, als sie sich selbst eingestehen wollten.

Die KPTBS ist zusätzlich zu den klassischen PTBS-Symptomen durch 3 weitere Symptomgruppen gekennzeichnet: Emotionsregulationsprobleme, Selbstkonzeptveränderungen und Probleme bei der Beziehungsfähigkeit. Diese Symptome werden zusammenfassend auch als „Störungen der Selbstorganisation“ (engl. *disturbances of self-organization*; DSO) bezeichnet [Maercker, 2021]. Bei den Schwierigkeiten mit der Emotionsregulation erleben Betroffene eine eingeschränkte Feinabstufung von Gefühlsausdrücken sowie häufig auftretende Erregbarkeit, Ärger oder Zorn. Auch selbstschädigende Verhaltensweisen werden vermehrt ausgeübt. Bei den Selbstkonzeptveränderungen handelt es sich um Überzeugungen, ein beschädigtes Leben zu führen, welches nicht mehr repariert werden kann. Dabei können auch Schuld- und Schamgefühle sehr ausgeprägt sein. Durch die schwerwiegende Traumatisierung, welche KPTBS Patient:innen erlebt haben, treten auch vermehrt Probleme in der Beziehungsfähigkeit auf. Die Unfähigkeit zu vertrauen, eine Anfälligkeit für überspannte Ansichten sowie erschwerte partnerschaftliche Interaktionen sind für diese Symptomgruppe besonders kennzeichnend.

Empirisch wurde die Symptomstrukturen der PTBS und KPTBS mehrfach bestätigt. So konnten etwa Kazlauskas et al. [2018] mithilfe einer latent class analysis die Wahrscheinlichkeit für die Erfüllung einer PTBS- und KPTBS-Diagnose anhand der symptomatischen Ausprägung nachzeichnen. Wie Abbildung 1 zeigt, sind die Kategorien PTBS und KPTBS genau gemäß den von der WHO vorgeschlagenen Symptommustern verteilt.

Darüber hinaus treten bei Menschen mit KPTBS häufig Neigungen zu Dissoziationen auf, was psychogene Bewusstseinstrübungen, Depersonalisationserleben und ausgeprägte Amnesien beinhaltet. Im Gegensatz zu den DSO-Symptomen ist die Dissoziationsneigung allerdings kein erforderliches Merkmal für die Diagnose einer KPTBS. Im ICD-10 wurden die genannten Symptome der KPTBS noch als andauernde Persönlichkeitsänderung nach Extremlastung definiert. Bald wurde jedoch klar, dass solche Extremlastungen und deren Folgen mehr im traumatischen Bereich angesiedelt sind, was die Entwicklung der KPTBS zusätzlich angetrieben hat. Die Neueinführung der KPTBS stieß allerdings nicht nur auf Zustimmung. Beispielsweise wurde kritisiert, dass die Konzeptualisierung der KPTBS lediglich eine Komorbidität zwischen PTBS und der Borderline Persönlichkeitsstörung widerspiegelt und damit keine Berechtigung für

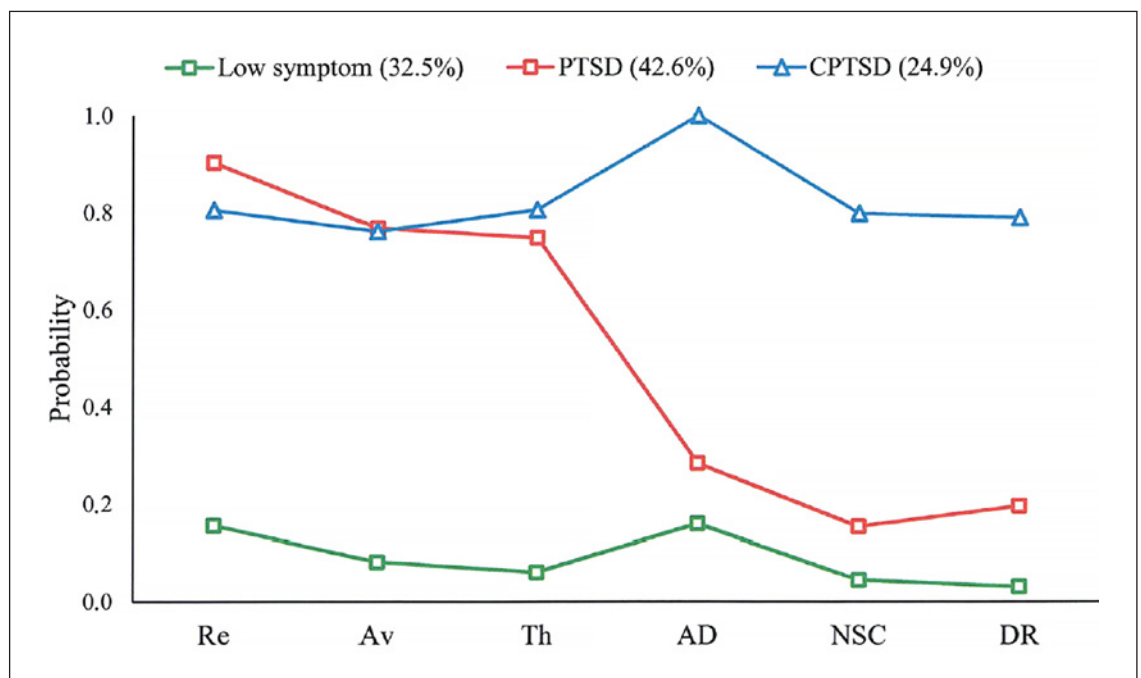


Abb. 1. Symptomstruktur der PTBS und KPTBS [Kazlauskas et al., 2018]. PTSD, post-traumatic stress disorder; CPTSD, complex post-traumatic stress disorder; Re, re-experiencing; Av, avoidance; Th, sense of threat; AD, affect dysregulation; NSC, negative self-concept; DR, disturbances in relationships.

eine eigenständige Diagnose vorliegt [Resick et al., 2012]. Durch neuere Studien konnten allerdings ganz überwiegend Belege des eigenständigen Störungsprofils der KPTBS nachgewiesen werden [Brewin et al., 2017], was schließlich zur Aufnahme dieser Diagnose in die ICD-11 geführt hat.

Für die Entwicklungsaspekte der KPTBS muss erneut auf entsprechende Literatur aus dem Kinder- und Jugendbereich weiterverwiesen werden [Eilers und Rosner, 2021]. Als kulturbezogene Merkmale laut ICD-11 werden angegeben: „Es können beispielsweise somatische oder dissoziative Symptome in bestimmten (kulturellen - die Autoren) Gruppen stärker ausgeprägt sein, was auf kulturelle Interpretationen der psychologischen, physiologischen und spirituellen Ätiologie dieser Symptome und auf ein hohes Ausmaß an Erregung zurückzuführen ist.“ (von der Website icd.who.int/browse11/; keine offizielle Übersetzung, sondern durch die Autoren). Kulturbezogene Merkmale wurden für diese Diagnose noch kaum explizit beschrieben, wobei neuste Reviews dazu nützliche Zusammenstellungen bringen [Heim et al., 2022].

Anhaltende Trauerstörung

Das Ereigniskriterium der anhaltenden Trauerstörung (ATS) bezieht sich auf den Tod eines Partners, eines Elternteils, eines Kindes oder einer anderen Person, die den Hinterbliebenen nahesteht. Der Verlust dieser Person

führt zu einer Trauerreaktion, welche sich von Person zu Person sehr individuell gestalten kann. Ihnen gemeinsam ist jedoch eine starke Sehnsucht bzw. ein anhaltendes Verlangen nach der verstorbenen Person. Ebenso kann ein starkes, gedankliches Verhaftetsein in Bezug auf die verstorbene Person oder die Todesumstände auftreten. Neben diesen 2 Kernsymptomen der ATS, von denen mindestens eines für die Diagnosestellung vorhanden sein muss, werden in der ICD-11 sogenannte akzessorische Symptome spezifiziert, welche bei hinterbliebenen Personen individuell auftreten können. Dazu gehören unter anderem Schuldgefühle, Traurigkeit, Wut, ein beeinträchtigtes Identitätsgefühl, Vermeidung oder emotionale Taubheit. Um die Diagnose einer ATS zu stellen, legt die ICD-11 jedoch keine spezifische Anzahl zu erfüllender, akzessorischer Symptome fest.

Das Zeitkriterium für die früheste Diagnosemöglichkeit wird als „mehr als 6 Monate“ angegeben, womit die Diagnose erst ein halbes Jahr nach dem Tod der nahestehenden Person gestellt werden kann. Die ATS kann in jedem Alter auftreten, unterscheidet sich aber in Abhängigkeit vom Alter, Entwicklungsstand und demzufolge von altersabhängigen Konzepten des Todes. Die ICD-11 differenziert, dass bei Kindern seltener eine Sehnsucht nach der verstorbenen Person, sondern vermehrt eine gedankliche Beschäftigung mit dem Verlust auftritt. Darüber hinaus besteht insbesondere bei älteren Erwachsenen eine Tendenz, dass sich eine ATS zu einer überdauernden

Depression entwickelt. Zusätzlich verlagert sich das Leiden bei älteren Menschen oft auf eine somatische Ebene.

Die ATS-Diagnose ist die erste ICD-11-Diagnose, die einen sogenannten „kulturellen Vorbehalt“ formuliert: Die Diagnose sollte nur vergeben werden, wenn „eindeutig die erwarteten sozialen, kulturellen oder religiösen Normen für die Kultur und den Kontext der Person überschritten werden. Länger andauernde Trauerreaktionen, die im kulturellen und religiösen Kontext der Person innerhalb einer normativen Trauerphase liegen, werden als normale Trauerreaktionen angesehen und nicht diagnostiziert.“ (von der Website icd.who.int/browse11/; keine offizielle Übersetzung, sondern durch die Autoren). Dieser kulturelle Vorbehalt würde es ermöglichen, dass nationale Formen der Implementation der ICD-11 (wie in den USA „ICD-10-CM“, in China „CCD“, in Deutschland „ICD-10-GM“ und grundsätzlich allen Mitgliedsstaaten) ein anderes Zeitkriterium festlegt. Das könnten in europäischen Ländern, die katholischen Prägungen nahestehen, das traditionelle „Trauerjahr“ sein. Damit würden erstmals die Europäer eine kulturelle Besonderheit in ihrem Diagnosesystem verankern und dies nicht nur, wie bisher, den nicht-westlichen Ländern als kulturelle Besonderheiten vorbehalten bleiben. Zu diesem kulturellen Vorbehalt der ATS-Diagnose gibt es inzwischen eine beginnende Forschung, die auch weitere kulturspezifische Symptome als diagnostischen Zusatz (Addendum) untersucht [Killikelly et al., 2020; 2021].

Der Einführung neuer Diagnosen wie der ATS wird vielfach mit Kritik begegnet. Beispielsweise wird nicht selten von einer unnötigen Pathologisierung von natürlicher Trauer gesprochen. Es gilt aber auch zu beachten, dass die Diagnostik der ATS bisher eher behelfsmäßig mit der Diagnose einer PTBS, AS oder Depression umgesetzt wurde. Solche Behelfsdiagnosen sind nicht nur klinisch unzutreffend, sondern können im schlimmsten Fall auch dazu führen, dass betroffene Personen eine unangemessene Hilfe erhalten, welche auf der Vorgehensweise von anderen Störungen beruhen. Zudem kann eine adäquate Diagnose immer auch eine wertvolle Anerkennung des Leidens bedeuten und Patient:innen eine Orientierung bieten, wie Trauer genau charakterisiert ist und welche Wege zur Verbesserung ihres Zustandes auf diesem Hintergrund eingeschlagen werden können.

Anpassungsstörung

Die Anpassungsstörung (AS) bezeichnet eine maladaptive Reaktion auf schwierige Lebensereignisse. Das Ereigniskriterium der AS bezieht sich auf einen oder mehrere psychosoziale Stressoren wie z.B. eine Trennung bzw. Scheidung, der ungewollte Verlust des Arbeitsplatzes oder eine schwere Krankheit. Grundsätzlich können alle als belastend wahrgenommenen Ereignisse eine AS nach sich ziehen. Dies birgt aber auch Unterscheidungs-

schwierigkeiten zu traumatischen Ereignissen. Während bei einer (K)PTBS die Betroffenen mit extremen Ereignissen konfrontiert sind, welche Todesangst oder äußerst starke Überforderung hervorrufen, sind Ereignisse, welche zu einer AS führen, vergleichsweise weniger bedrohlich für die persönliche Identität. Auch wenn z.B. eine Scheidung eine enorme Herausforderung für Betroffene bedeuten kann, so sind solche Ereignisse zum Zeitpunkt der Exposition typischerweise nicht identitätsbedrohend und ziehen deshalb auch nicht die typischen PTBS-Symptome nach sich [Brewin, 2009; 2013; Eberle and Maercker, 2022].

Vor der ICD-11 galt die AS nicht als vollwertige Störung und erfüllte vor allem den Zweck einer Restkategorie bzw. Ausschlussdiagnose. Um eine Kostenübernahme durch das Gesundheitssystem zu gewährleisten, was oft mit der Vergabe einer Diagnose einhergeht, griffen viele Kliniker:innen auf die AS zurück, falls die diagnostische Schwelle für eine andere psychische Störung nicht erreicht wurde [Bachem, 2019]. Mit der Revision der ICD-11 wurde die AS grundlegend erneuert und gilt erstmals als vollwertige Diagnose. Die vorgängigen Subtypen der AS wurden abgeschafft und stattdessen spezifisch definierte Symptome als diagnostische Merkmale aufgeführt. Diese Änderung vereinfachte die Konzeptualisierung der AS erheblich und es konnte damit der klinischen Anwendbarkeit Rechnung getragen werden, welche zentraler Bestandteil der ICD-11-Erneuerungen ist.

Als Kernsymptom der AS definiert die ICD-11 sogenannte Präokkupationen, d.h. ein gedankliches Verhaftetsein mit dem belastenden Ereignis. Betroffene Personen erleben dabei wiederholte oder sich aufdrängende Gedanken an das Ereignis oder dessen Implikationen. Darüber hinaus ist die AS durch Anpassungsschwierigkeiten gekennzeichnet, was einer Unfähigkeit sich zu erholen gleichkommt. Betroffene Personen verspüren einen Interessensverlust gegenüber Beziehungen zu Anderen, ihrer Arbeit, ihrer Freizeit oder auch Konzentrations- und Schlafprobleme. Durch die oftmals starke Belastung, welche kritische Lebensereignisse auslösen können, sollte auch das Risiko für suizidales Verhalten bei einer AS nicht unterschätzt werden.

Als Zeitkriterium legt die ICD-11 fest, dass eine AS höchstens 6 Monate andauern kann, es sei denn, das kritische Lebensereignis besteht über einen längeren Zeitraum. Dies ist zum Beispiel bei einer anhaltenden, schweren Krankheit oder im Asylverfahren von Geflüchteten mit unsicherem Aufenthaltsstatus der Fall.

Über die Lebensspanne hinweg kann sich eine AS gemäß ICD-11 unterschiedlich manifestieren. Während im Kindheitsalter ein psychosozialer Stressor zu Trotzverhalten, Schmerzsyndromen oder regressiven Reaktionen wie Bettnässen oder Schlafstörungen führen kann, ist die AS in der Pubertät oft durch Substanzkonsum oder er-

höherer Risikobereitschaft gekennzeichnet. Anders verhält es sich im hohen Alter, bei dem somatische Reaktionen auf einen Stressor sehr verbreitet sind. Die ICD-11 spezifiziert deshalb, dass „ältere Erwachsene, die an einer AS leiden, dazu neigen, sich mehr Sorgen um ihre Gesundheit zu machen, deswegen unter erheblicher Demoralisierung leiden und vielfach eine anhaltende Somatisierung psychologischer Symptome zeigen“ (von der Website icd.who.int/browse11/; keine offizielle Übersetzung, sondern durch die Autoren). Des Weiteren wird die AS durch jeweilige kulturelle Gegebenheiten beeinflusst. Lokale Sprachausdrücke und Leidenskonzepte spielen eine nicht unwesentliche Rolle für die Form der Manifestation der AS. So wird in der ICD-11 beispielsweise darauf verwiesen, dass die Konfrontation mit psychosozialen Stressoren im zentralamerikanischen Raum besonders starke Angstreaktionen nach sich zieht. Anders gestaltet es sich in kollektivistischen Kulturen, bei denen sich die AS vor allem im Zusammenhang mit einer begrenzten familiären oder gemeinschaftlichen Unterstützung als besonders schwerwiegend entwickelt.

Zwei Diagnosen für das Kindesalter

Neu in der ICD-11 ist die Auflösung des eigenen Unterkapitels für psychische Störungen im Kindes- und Jugendalter. Diese Störungen wurden den spezifischen Diagnosegruppen zugeordnet. Im vorliegenden Kapitel sind dies die „Reaktive Bindungsstörung“ und die „Bindungsstörung mit sozialer Enthemmung“ (engl. *disinhibited social engagement disorder*). Zuvor gab es im ICD-10 noch eine weitere Störung in diesem Bereich, die aber jetzt gestrichen wurde. Beide Störungen entwickeln sich in Folge einer äußerst inadäquaten Kinderbetreuung. Die ungenügende Betreuung kann eine anhaltende Vernachlässigung der physischen oder emotionalen Bedürfnisse des Kindes, ein ständiger Wechsel der primären Bezugspersonen (z.B. ständig wechselnde Pflegeeltern), die Erziehung in inadäquaten Settings (z.B. in strengen Kinderheimen) oder/und Kindesmisshandlung beinhalten.

Bei der reaktiven Bindungsstörung ist das Bindungsverhalten des Kindes stark und überdauernd gehemmt. Auch wenn eine neue adäquate Bezugsperson vorhanden ist und Trost, Unterstützung oder Sicherheit anbietet, sucht das Kind nicht nach Unterstützung. Durch eine gute Fürsorge von Kindern mit reaktiver Bindungsstörung gelingt es in den meisten Fällen, dass die Symptome nach einiger Zeit vollständig remittieren. Bei der Bindungsstörung mit sozialer Enthemmung zeigt das Kind anhaltendes, auffälliges und ein von der Norm abweichendes Verhalten, bei dem es verminderte oder keine Zurückhaltung in der Annäherung und Interaktion mit unbekannten Personen zeigt. Dies äußert sich beispielsweise mit der Verletzung von sozial angemessenen Grenzen oder in einer Bereitschaft, mit einem unbekannten

Erwachsenen mit minimalen oder keinem Zögern mitzugehen. Die Bindungsstörung mit sozialer Enthemmung ist sehr selten und entwickelt sich nur bei einem relativ kleinen Teil der Kinder, welche eine inadäquate Betreuung erlebt hat.

Bei beiden Störungen treten die Symptome vor dem fünften Lebensjahr auf. Beide Diagnosen müssen im Kindesalter gestellt werden. Darüber hinaus können die Diagnosen nicht vor dem ersten Lebensjahr (Entwicklungsalter von 9 Monaten) erfolgen. Als Ausschlusskriterium gelten andere psychische Störungen (z.B. Autismus-Spektrum-Störung), da diese in Bezug auf das Verhalten mit der reaktiven Bindungsstörung und der Bindungsstörung mit sozialer Enthemmung überlappen können.

Verfügbare Fragebogen und klinische Interviews

Seit der Publikation der Diagnosevorschläge dieses ICD-11-Kapitels wurden spezifische diagnostische Instrumente für diese Bereiche entwickelt bzw. früher bestehende modifiziert. Für alle im Folgenden genannten Instrumente liegen in mindestens einer Sprache schon Validierungsstudien vor (wobei es sein kann, dass sie noch nicht in deutscher Sprache validiert wurden, sondern diese Validierungen erst laufen). Zur Entwicklung von Fragebögen, welche sich an die ICD-11 anpassen, hat sich ein europäisch-amerikanisches Konsortium gegründet: Trauma Measures Global (www.traumameasuresglobal.com), das kostenfrei für die 4 ausführlich beschriebenen Diagnosen Fragebögen entwickelt hat, die in vielen Sprachen der Welt zur Verfügung stehen (siehe Tabelle 1).

ICD-11 in der Praxis

In verschiedenen Studien wurde untersucht, inwieweit Diagnosestellungen nach der ICD-11 von denen nach ICD-10 oder DSM-5 abweichen. Bei diesen Studien ist zu unterscheiden, ob sie aus epidemiologischen, Hochrisikogruppen- oder patientenbezogenen Datensätzen stammen. Epidemiologische sowie Hochrisikogruppen-Datensätze umfassen immer auch größere Anteile von Personen mit einem positiven Diagnosestatus, die sich nicht in Behandlung begeben, sondern nur in diesen Studien auffallen. Daher sind eher unterschiedliche Diagnosehäufigkeit der patientenbezogenen Datensätzen für die Praxis relevant. Ein weiterer Gesichtspunkt zu den bisherigen Vergleichsstudien sollte beachtet werden: Das psychosoziale Beeinträchtigungsmerkmal wurde in vielen Studien nicht miterfasst, obwohl es zur ICD-11-Diagnose dazugehört. In Bezug auf das Kindes- und Jugendalter

Table 1. Fragebögen und strukturierte klinische Interviews im Bereich des ICD-11-Kapitels spezifisch belastungs-assoziiierter Störungen

	Komplexe PTBS			Anpassungsstörung	
	PTBS	AT5	IPGDS (International Prolonged Grief Disorder Scale) ^b	IADQ (International Adjustment Disorder Questionnaire) ^c	
Fragebögen Internationales Konsortium (<i>traumameasuresglobal.com</i>)	ITQ (International Trauma Questionnaire) ^a				
Vorhanden in diesen Sprachen (Auswahl)	Deutsch Arabisch Bosnisch Dari (Afghanistan) Englisch Französisch Serbisch Spanisch Türkisch	Deutsch Arabisch Chinesisch (Mandarin) Englisch Japanisch Polnisch Portugiesisch Spanisch Türkisch		Deutsch Englisch Italienisch Japanisch Polnisch Spanisch Türkisch	
Andere Fragebögen	IES-R (Impact of Event Skala-revidiert): ICD-11-Auswertungsmodus ^d	-	TGI-SR+ (Traumatic Grief Inventory, Self report plus) ^e	ADNM (Adjustment Disorder New Modul, deutsch): 20 und 8 Item-Versionen ^f	
Strukturierte klinische Interviews	ITI (International Trauma Interview) ^g	-	-	CIDI-AJD Modul (Composite International Diagnostic Interview) ^h	

^a Cloitre et al. [2018], ^b Kilikelly et al. [2020], ^c Shevlin et al. [2020], ^d Hyland et al. [2017], ^e Lenferink et al. [2022], ^f Lorenz et al. [2016], ^g Roberts et al. [2018] (erhältlich bei den Autoren des vorliegenden Artikels).
^h Perkonig et al. [2021].

sind Forschungsergebnisse noch ausstehend, weshalb an dieser Stelle keine Beurteilung von Prävalenzen gemacht werden kann.

PTBS und komplexe PTBS

Die erste Vergleichsstudie der verschiedenen Diagnosesysteme war eine Sekundäranalyse des epidemiologischen World Mental Health Surveys [Stein et al., 2014]. Sie fand PTBS-Prävalenzen für ICD-11 von 3,2%, für ICD-10 von 4,4% und für DSM-5 von 3,0%. Wenn alle Personen zusammengefasst wurden (als 100%), die in mindestens einem der 3 Systeme eine PTBS-Diagnose hatten, zeigte sich, dass 75% von ihnen in allen 3 Systemen eine Diagnose erhielten. In einer österreichischen Studie mit einer Hochrisikogruppe älterer Traumatisierter [Glück et al., 2016] hatten nach ICD-10 15% und nach ICD-11 10,3% eine PTBS-Diagnose.

Zwei Studien verglichen die Diagnoseraten in Hochrisikopopulationen des US und des deutschen Militärs [Wisco et al., 2016; Kuester et al., 2017]. Wisco et al. [2016] fanden PTBS-Raten von 45% nach ICD-10, 39% nach DSM-5 und 34% nach ICD-11. Die Übereinstimmungsrate für die DSM-5 und die ICD-11-Diagnosen lag bei 89%. Kuester et al. [2017] berichteten für das deutsche Militär entgegengesetzte Trends zu den eben genannten PTBS-Raten: 30% nach ICD-10, 56% nach DSM-5 und 48% nach ICD-11. Die Übereinstimmung zwischen DSM-5 und ICD-11-Diagnosen lag bei 84%. Beide letztgenannten Studien nutzten allerdings nur DSM-validierte Messverfahren, die ad hoc auf die beiden ICD-Klassifikationen angewandt wurden.

Eine patientenbezogene Studie, die zudem die komplexe PTBS-Diagnose erfasste, legten Möller et al. [2020] vor. Von 100% der Patienten, die eine PTBS-Diagnose nach ICD-10 bekamen, wurden 46% nach ICD-11 ebenfalls mit PTBS diagnostiziert, 28% mit komplexer PTBS und 26% anderweitig diagnostiziert (die Übereinstimmungsrate, irgendeine Traumafolgediagnose zu bekommen, lag also bei 74%).

Wenn man diese Studien zusammenfasst, ergibt sich, dass es Übereinstimmungsraten im Bereich von zwei Dritteln bis knapp 90% zwischen den verschiedenen Diagnosesystemen gibt, d.h., ein:e Patient:in könnte unter Umständen keine PTBS-Diagnose mehr erhalten, wenn er/sie nach dem ICD-11-System anstelle des ICD-10 oder DSM-5 diagnostiziert wird. Das kann als irritierend gesehen werden, weil üblicherweise davon ausgegangen wird, dass Klassifikationssysteme zu stabilen Untersuchungsbefunden führen sollten. Dabei wird allerdings nicht berücksichtigt, dass jede Methodik unwillkürlich mit Unschärfen behaftet ist und zudem sich ja die theoretischen Definitionen auch geändert haben. Am DSM-5 war beispielsweise kritisiert worden, dass man eine PTBS-Diagnose aufgrund von über 600'000 verschiedenen Sym-

ptomkombinationen bekommen könnte und sich dadurch die Diagnoseträger sehr stark voneinander unterscheiden können [Galatzer-Levy and Bryant, 2013].

Für die Praxis im Bereich der PTBS bedeutet das, dass einige Personen, die therapeutische Hilfe suchen, möglicherweise zwar nach ICD-10, aber nicht mit ICD-11 eine PTBS-Diagnose erhalten können. Beispielsweise könnten bei diesen Flashbacks oder Alpträume fehlen und dafür nur unwillkürliche, traurige Erinnerungen (fachsprachlich: Intrusionen) der traumatischen Erlebnisse vorhanden sein. Möglicherweise haben diese Patient:innen eine depressive oder andere psychische Störung, und ihnen wurde bisher aufgrund ihres Traumaerlebens eher „automatisch“ eine PTBS zugewiesen.

ATS und AS

Von den weiteren Diagnosen der trauma- und belastungsbezogenen Störungen gibt es für die ATS noch keine aussagekräftigen Studien zu Übereinstimmungsraten zwischen verschiedenen Klassifikationsverzeichnissen. Das DSM-5 hatte in diesem Bereich zunächst die Forschungsdiagnose „Anhaltende komplexe Trauerstörung“ (*persistent complex grief disorder*) definiert. Maciejewski et al. [2016] zeigten, dass der Übereinstimmungskoeffizient Kappa dieser Diagnose mit ICD-11 ATS um 0,82 lag. Im Jahr 2021 wurde in der DSM-5-Textrevision diese Forschungsdiagnose mit dem neuen Namen anhaltende Trauerstörung (aber etwas anderen Diagnoseregeln als denen der ICD-11) nun auch offiziell als Diagnose aufgenommen [Moran, 2021].

Zur AS lassen sich bis heute nur 2 epidemiologische Studien vergleichen. Demnach fand sich für die ICD-10 Diagnose in einer europäischen Studie in 5 Ländern eine Prävalenz von 1% [Ayuso-Mateos et al., 2001]. In einer deutschen Bevölkerungsstudie fand sich anhand des ICD-11-Konzepts eine annähernd identische Prävalenz von 0,9% [Maercker et al., 2012], was für diesen Bereich auf eine gut vergleichbare klinische Anwendbarkeit schließen lässt.

Literatur

- Ayuso-Mateos JL, Vázquez-Barquero JL, Dworkin C, Lehtinen V, Dalgard OS, Casey P, et al. Depressive disorders in Europe: prevalence figures from the ODIN study. *Br J Psychiatry*. 2001;179(4):308–16.
- Bachem R. Anpassungsstörung. In: Maercker A, editor. *Anpassungsstörung Traumafolgestörungen*. Springer; 2019. p. 79–93.
- Bar-Haim Y, Stein MB, Bryant RA, Bliese PD, Ben Yehuda A, Kringelbach ML, et al. Intrusive traumatic reexperiencing: pathognomonic of the psychological response to traumatic stress. *Am J Psychiatry*. 2021;178(2):119–22.
- Brewin CR. Episodic memory, perceptual memory, and their interaction: foundations for a theory of posttraumatic stress disorder. *Psychol Bulletin*. 2014;140(1):69–97.
- Brewin CR, Cloitre M, Hyland P, Shevlin M, Maercker A, Bryant RA, et al. A review of current evidence regarding the ICD-11 proposals for diagnosing PTSD and complex PTSD. *Clin Psychol Rev*. 2017;58:1–15.
- Brewin CR, Lanius RA, Novac A, Schnyder U, Galea S. Reformulating PTSD for DSM-V: life after Criterion A. *J Trauma Stress*. 2009;22(5):366–73.
- Cloitre M, Shevlin M, Brewin CR, Bisson JI, Roberts NP, Maercker A, et al. The international trauma questionnaire: development of a self-report measure of ICD-11 PTSD and complex PTSD. *Acta Psychiatr Scand*. 2018;138(6):536–46.
- Eberle DJ, Maercker A. Preoccupation as psychopathological process and symptom in adjustment disorder: a scoping review. *Clin Psychol Psychother*. 2022;29(2):455–68.
- Eilers R, Rosner R. Die einfache und komplexe Posttraumatische Belastungsstörung in der Praxis. *Kindheit und Entwicklung*. 2021;30(3):144–53.
- Evans SC, Reed GM, Roberts MC, Esparza P, Watts AD, Correia JM, et al. Psychologists' perspectives on the diagnostic classification of mental disorders: results from the WHO-IUPsyS Global Survey. *Int J Psychol*. 2013;48(3):177–93.
- Galatzer-Levy IR, Bryant RA. 636,120 ways to have posttraumatic stress disorder. *Perspect Psychol Sci*. 2013;8(6):651–62.

Fazit

In Bezug auf die Gruppierung der trauma- und belastungsbezogenen Störungen zeigen die bisherigen Forschungsbefunde, dass sich die neuen ICD-11-Diagnosen insgesamt bewähren. Insofern ist die ICD-11 als Fortschritt der Diagnostik von psychischen Störungen zu werten. Es bedarf jedoch weiterer Untersuchungen, um die klinische Nützlichkeit der neuen Diagnosen differenzierter beurteilen zu können. Es bleibt zu hoffen, dass das ICD-11-System, welches jetzt über viele Jahre das weltweit führende Diagnosesystem sein wird, einen spürbaren Nutzen für Personen mit psychischen Störungen herbeiführen wird. Die größere Präzision der Definition bei gleichzeitig verkürzter Merkmals-(Symptom-)liste sollte es Kiniker:innen auf der ganzen Welt ermöglichen, unabhängig von den jeweils verfügbaren diagnostischen Ressourcen eine zuverlässige und dem neusten wissenschaftlich Anspruch genügende Diagnose zu vergeben.

Conflict of Interest Statement

The authors have no conflicts of interest to declare.

Funding Sources

This contribution did not receive any specific grant from funding agencies in the public, commercial, or not-for-profit sectors.

Author Contributions

Andreas Maercker: General structure of the manuscript and writing. David J. Eberle: Writing

- Glück TM, Knefel M, Tran US, Lueger-Schuster B. PTSD in ICD-10 and proposed ICD-11 in elderly with childhood trauma: prevalence, factor structure, and symptom profiles. *Eur J Psychotraumatol*. 2016;7(1):29700.
- Heim E, Karatzias T, Maercker A. Cultural concepts of distress and complex PTSD: Future directions for research and treatment. *Clin Psychol Rev*. 2022;93:102143.
- Hyland P, Brewin CR, Maercker A. Predictive validity of ICD-11 PTSD as measured by the impact of event scale-revised: a 15-year prospective study of political prisoners. *J Trauma Stress*. 2017;30(2):125–32.
- Kazlauskas E, Gegieckaite G, Hyland P, Zelviene P, Cloitre M. The structure of ICD-11 PTSD and complex PTSD in Lithuanian mental health services. *Eur J Psychotraumatol*. 2018; 9(1):1414559.
- Killikelly C, Zhou N, Merzhvynska M, Stelzer EM, Dotschung T, Rohner S, et al. Development of the international prolonged grief disorder scale for the ICD-11: measurement of core symptoms and culture items adapted for chinese and german-speaking samples. *J Affect Disord*. 2020;277:568–76.
- Killikelly C, Ramp M, Maercker A. Prolonged grief disorder in refugees from Syria: qualitative analysis of culturally relevant symptoms and implications for ICD-11. *Ment Health Relig Cult*. 2021;24(1):62–79.
- Kuester A, Köhler K, Ehring T, Knaevelsrud C, Kober L, Krüger-Gottschalk A, et al. Comparison of DSM-5 and proposed ICD-11 criteria for PTSD with DSM-IV and ICD-10: changes in PTSD prevalence in military personnel. *Eur J Psychotraumatol*. 2017;8(1):1386988.
- Lenferink LIM, Eisma MC, Smid GE, de Keijser J, Boelen PA. Valid measurement of DSM-5 persistent complex bereavement disorder and DSM-5-TR and ICD-11 prolonged grief disorder: the traumatic grief inventory-self report plus (TGI-SR+). *Compr Psychiatry*. 2022;112:152281.
- Lorenz L, Bachem RC, Maercker A. The adjustment disorder: new module 20 as a screening instrument – cluster analysis and cut-off values. *Int J Occup Environ Med*. 2016;7(4):215–20.
- Maciejewski PK, Maercker A, Boelen PA, Prigerson HG. “Prolonged grief disorder” and “persistent complex bereavement disorder”, but not “complicated grief”, are one and the same diagnostic entity: an analysis of data from the Yale Bereavement Study. *World Psychiatry*. 2016;15(3):266–75.
- Maercker A. Development of the new CPTSD diagnosis for ICD-11. *Borderline Personal Disord Emot Dysregul*. 2021;8(1):7.
- Maercker A, Brewin CR, Bryan RA, Cloitre M, Reed GM, Van Ommeren M, et al. Proposals for mental disorders specifically associated with stress in the International Classification of Diseases-11. *Lancet*. 2013a;381(9878): 1683–5.
- Maercker A, Brewin CR, Bryant RA, Cloitre M, Van Ommeren M, Jones LM, et al. Diagnosis and classification of disorders specifically associated with stress: proposals for ICD-11. *World Psychiatry*. 2013b;12(3):198–206.
- Maercker A, Forstmeier S, Pielmaier L, Spangenberg L, Brähler E, Glaesmer H. Adjustment disorders: prevalence in a representative nationwide survey in Germany. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 2012;47:1745–52.
- Møller L, Augsburg M, Elklit A, Søgaard U, Simonsen E. Traumatic experiences, ICD-11 PTSD, ICD-11 complex PTSD, and the overlap with ICD-10 diagnoses. *Acta Psychiatrica Scandinavica*. 2020;141(5):421–31.
- Moran M. Updated DSM-5 text revision to be released in March. *Psychiatric News*; 2021.
- Perkonig A, Strehle J, Beesdo-Baum K, Lorenz L, Hoyer J, Venz J, et al. Reliability and validity of a German standardized diagnostic interview module for ICD-11 adjustment disorder. *J Trauma Stress*. 2021;34(2):275–86.
- Pfeiffer E, de Haan A, Sachser C. Klassifikation und Diagnostik der posttraumatischen Belastungsstörung im Kindes- und Jugendalter. *Trauma Gewalt*. 2019;13(1):40–51.
- Reed GM. Toward ICD-11: improving the clinical utility of WHO’s international classification of mental disorders. *Prof Psychol Res Pract*. 2010;41(6):457–64.
- Reed GM, Mendonça Correia J, Esparza P, Saxena S, Maj M. The WPA-WHO global survey of psychiatrists’ attitudes towards mental disorders classification. *World Psychiatry*. 2011; 10(2):118–31.
- Reed GM, Roberts MC, Keeley J, Hooppell C, Matsumoto C, Sharan P, et al. Mental health professionals’ natural taxonomies of mental disorders: implications for the clinical utility of the ICD-11 and the DSM-5. *J Clin Psychol*. 2013;69(12):1191–212.
- Reed GM, Sharan P, Rebello TJ, Keeley JW, Elena Medina-Mora M, Gureje O, et al. The ICD-11 developmental field study of reliability of diagnoses of high-burden mental disorders: results among adult patients in mental health settings of 13 countries. *World Psychiatry*. 2018;17(2):174–86.
- Resick PA, Bovin MJ, Calloway AL, Dick AM, King MW, Mitchell KS, et al. A critical evaluation of the complex PTSD literature: implications for DSM-5. *J Traumatic Stress*. 2012; 25:241–51.
- Roberts NP, Cloitre M, Bisson J, Brewin CR. *International trauma interview (ITI) for ICD-11 PTSD and complex PTSD* (Test Version 3.1, unpubl. material). 2018.
- Robles R, Fresán A, Evans SC, Lovell AM, Medina-Mora ME, Maj M, et al. Problematic, absent and stigmatizing diagnoses in current mental disorders classifications: results from the WHO-WPA and WHO-IUPsyS global surveys. *Int J Clin Health Psychol*. 2014;14(3): 165–77.
- Shevlin M, Hyland P, Ben-Ezra M, Karatzias T, Cloitre M, Vallières F, et al. Measuring ICD-11 adjustment disorder: the development and initial validation of the international adjustment disorder questionnaire. *Acta Psychiatrica Scand*. 2020;141(3):265–74.
- Stein DJ, McLaughlin KA, Koenen KC, Atwoli L, Friedman MJ, Hill ED, et al. DSM-5 and ICD-11 definitions of posttraumatic stress disorder: investigating “narrow” and “broad” approaches. *Depress Anxiety*. 2014;31(6):494–505.
- Wisco BE, Miller MW, Wolf EJ, Kilpatrick D, Resnick HS, Badour CL, et al. The impact of proposed changes to ICD-11 on estimates of PTSD prevalence and comorbidity. *Psychiatry Res*. 2016;240:226–33.