

3.1 Verbindliche Klassifikationssysteme

WOLFGANG HILLER

1 Einleitung

Als Leistung des Gesundheitssystems wird Psychotherapie bei „psychischen Störungen mit Krankheitswert“ angewendet. Bei der Definition von krankheitswertigen und somit behandlungsbedürftigen Störungen spielen Diagnosen und Klassifikationssysteme eine zentrale Rolle. Diagnostische Begriffe haben daher ähnlich wie bei körperlichen Krankheiten eine hohe normative und kommunikative Bedeutung. Sie stellen einen einheitlichen Bezugsrahmen dar, an dem sich neben Psychotherapeuten auch ärztliche Behandler, stationäre Einrichtungen, Kostenträger und gesundheitspolitische Planungen orientieren.

In diesem Kapitel soll der Ansatz der heutigen Klassifikationssysteme ICD-10 (Dilling und Freyberger, 1999) und DSM-IV (Saß et al., 1996) mit den für psychische Störungen zur Verfügung stehenden Diagnosen dargelegt werden. Die Fähigkeit, eine psychische Störung zu erkennen und eine psychopathologisch gut begründete Diagnose zu stellen, muss als Basiskompetenz jedes Psychotherapeuten angesehen werden. Daher wird im Folgenden auch auf den diagnostischen Prozess und die für die Diagnosestellung zur Verfügung stehenden Instrumente eingegangen. Im praktischen Teil dieses Kapitels wird skizziert, wie der Psychotherapeut die zur Diagnosestellung erforderlichen Informationen gewinnen kann und wie die diagnostischen Entscheidungsregeln angewendet werden können.

2 Theoretische Inhalte und Kenntnisse

Die heutigen Klassifikationssysteme ICD-10 und DSM-IV haben sich historisch aus der psychiatrischen Klassifikation heraus entwickelt. Das Spektrum der beschriebenen Störungen geht mittlerweile weit über die „klassischen“ psychiatrischen Erkrankungen hinaus und umfasst unabhängig von der beteiligten Berufsgruppe den gesamten Bereich der psychosozialen Versorgung. Um das grundsätzliche Verständnis der heutigen Ansätze von ICD-10 und DSM-IV zu erleichtern, sollen zunächst einige wichtige Grundlagen dargestellt werden.

Wesen und Zielsetzungen von Diagnostik

Terminologisch unterscheidet man zwischen Diagnostik, Nomenklatur und Klassifikation. Bei der Diagnostik wird einem umschriebenen klinischen Störungsbild ein bestimmter Diagnosenamen zugeordnet. Die unsystematische Auflistung solcher

Diagnosenamen nennt man Nomenklatur. Werden sie systematisch geordnet, wobei eine logisch-hierarchische Gliederung nach bestimmten Einteilungsprinzipien angestrebt wird, so spricht man von einer Klassifikation. Klassifikationssysteme haben den Zweck, psychische Störungen gemäß unserem empirischen Wissen in eine den natürlichen Gegebenheiten entsprechende Ordnung zu bringen. Als Kriterien spielen dabei Merkmale wie Ätiologie, Entstehungsbedingungen, Symptomatik, Verlauf und Therapierbarkeit die wesentlichsten Rollen. In praktischer Hinsicht bringen Diagnosen den Vorteil mit sich, dass Kliniker und andere Experten des Gesundheitssystems sich an einheitlichen und breit akzeptierten Begriffen orientieren und damit ihre Kommunikation verbessern können. Die wichtigsten Ziele von Diagnostik und Klassifikation sind in Kasten 1 zusammengefasst.

Kasten 1: Ziele von Diagnostik und Klassifikation

- Die große Vielfalt von psychischen Auffälligkeiten und Symptomen wird geordnet und es werden Allgemeinbegriffe zu ihrer Benennung vorgeschlagen.
- Mit der „Kurzformel“ der Diagnose wird eine ganze Reihe von Aussagen verbunden, die dann definitionsgemäß im Begriff enthalten sind, wie z. B. Angaben über Ursachen, sonstige Zusammenhänge, Verlauf oder Therapie; hierdurch entfallen lange Beschreibungen dieser Bereiche, was der Arbeitsökonomie dient.
- In der beruflichen Tätigkeit kann eine rasche und als verbindlich akzeptierte Verständigung im Gespräch oder Schriftverkehr über das Störungsbild erfolgen.
- Im Unterricht kann das Störungsbild einer Diagnose oder ähnliche Störungsbilder in allen seinen Aspekten zusammenhängend dargestellt werden.
- Es können begründete Aussagen über die Therapierbarkeit eines Störungsbilds gemacht oder die Auswahl einer bestimmten Therapie aus einer Fülle von Therapiemöglichkeiten nahe gelegt werden.
- Gegenüber den Krankenversicherungen wird durch die Stellung einer Diagnose dokumentiert, dass sich bei einem Patienten eine psychische Störung von Krankheitswert entwickelt hat und daher Behandlungsbedürftigkeit vorliegt.
- Aufgrund von Behandlungsstatistiken einzelner Einrichtungen kann der Bedarf für bestimmte Behandlungsangebote im Gesundheitswesen ermittelt, und es können dementsprechende Planungen erstellt werden.

Die Entwicklung der heutigen Klassifikationssysteme

In den 60/70er Jahren des 20. Jahrhunderts wurde die Diagnostik allgemein sehr skeptisch bis ablehnend beurteilt. Die antipsychiatrische Bewegung und humanistische Therapieschulen hatten auf die Gefahr des Etikettierens und „Schubladendenkens“ hingewiesen. Zudem hatte sich die traditionelle psychiatrische Diagnostik als unreliabel und somit für die Forschung wenig brauchbar herausgestellt. Es gab wenig Übereinstimmungen zwischen den verschiedenen nationalen oder schulabhängigen Diagnosesystemen, und viele mit der Diagnosenformulierung verbundene ätiologische Annahmen waren heftig umstritten (z. B. endogene Depressionen). Diese Kritikpunkte führten in den USA in den 70er Jahren zu enormen Anstrengungen, den diagnostischen Prozess zu verbessern und konsequent an wissenschaftlichen Kriterien zu orientieren. Insbesondere wurden präzisere diagnostische Kriterien und klare Entscheidungsregeln entwickelt. Zusätzlich entstanden Interviewverfahren, die erstmals eine nachvollziehbare und objektivere Diagnosestellung erlaubten.

In die klinische Praxis wurden diese Neuentwicklungen erstmals 1980 durch die damalige dritte Revision des „Diagnostischen und Statistischen Manuals Psychischer Störungen“ (DSM-III) eingeführt. Dieses stellte den Prototyp einer neuen Generation von Diagnosesystemen dar, in den Folgejahren konsequent zum DSM-IV weiterentwickelt. Ein entscheidender Fortschritt bestand in der *Operationalisierbarkeit* der einzelnen Störungskategorien. Dies bedeutet, dass für jede Störung exakt vorgegeben ist, welche klinischen Informationen über Symptome und assoziierte Merkmale erforderlich sind und wie diese Informationen bei der diagnostischen Entscheidung zu gewichten sind. Außerdem wurden nur solche Kriterien zur Definition einer Störung berücksichtigt, die sich in empirisch-wissenschaftlichen Studien als relevante Kennzeichen erwiesen hatten. Da viele theoretische und ätiologische Annahmen sehr umstritten waren, entstand bei den meisten Diagnosen ein *primär deskriptiver (beschreibender) Ansatz*.

DSM-III verbreitete sich in den achtziger Jahren rasch und wurde von Wissenschaftlern wie Praktikern in vielen Ländern sehr gut akzeptiert. Daher entschloss sich die Weltgesundheitsorganisation (WHO) zu einer Überarbeitung ihres Klassifikationsansatzes der „International Classification of Diseases“ (ICD). Die 1994 eingeführte 10. Revision (ICD-10) entspricht sehr stark dem amerikanischen Ansatz von DSM-IV. Daher ähneln sich ICD-10 und DSM-IV heute sowohl in ihrem grundsätzlichen Aufbau als auch in der Definition einzelner Diagnosen. Bei der Entwicklung beider Systeme bestand eine Zeit lang die Hoffnung, dass sich die jeweiligen Expertenkommissionen auf eine einheitliche Klassifikation einigen würden. Obwohl dies nicht erreicht wurde, sind die geringfügigen Unterschiede für die klinische Praxis kaum von Bedeutung, trotz wichtiger Ausnahmen bei einzelnen Diagnosen (z. B. Schizophrenie). *Insofern existiert durch die beiden Systeme heute eine im Prinzip internationale einheitliche Definition von psychischen Störungen.*

Merke: Der entscheidende Fortschritt von ICD-10 und DSM-IV besteht darin, dass diese Systeme eine kriterienbezogene und operationalisierbare Diagnosestellung vorsehen.

Prinzipien der Diagnostik nach ICD-10 und DSM-IV

Beide Klassifikationssysteme betonen ihre wissenschaftliche Orientierung und Unabhängigkeit von bestimmten Therapieschulen. In einer Feldstudie, die der Einführung von ICD-10 vorausging, konnte gezeigt werden, dass die Beschreibung der meisten Störungsbilder von erfahrenen Klinikern als passend und die diagnostischen Kriterien als hilfreich angesehen wurden (Freyberger et al, 1990). Zudem erwiesen sich viele Diagnosen in strengen wissenschaftlichen Untersuchungen als ausreichend zuverlässig (z. B. Sartorius et al, 1993). Im Sinne einer wissenschaftlich-objektiven Grundhaltung wurden mit DSM-III/IV und ICD-10 einige tief greifende Veränderungen gegenüber der herkömmlichen Diagnostik vorgenommen:

- *Psychodynamische Konzepte* mit ihren vielfältigen intrapsychischen Konstrukten wurden nicht mehr als allgemeine Klassifikationskriterien berücksichtigt. Grundsätzlich werden nur noch solche Merkmale aufgeführt, die einer direkten Beobachtung zugänglich sind (z. B. Zwangsrituale) oder vom Betroffenen beschrieben werden können (z. B. Angstgefühle). Komplizierte psychische Prozesse wie Abwehrmechanismen oder die Dynamik von Objektbeziehungen stellen aufgrund ihres hypothetischen Charakters keine Grundlage der Diagnostik mehr dar. Kliniker, die sich an derartigen Konstrukten orientieren, können als Ergänzung das in methodisch ähnlicher Form entwickelte System der „Operationalisierten Psychodynamischen Diagnostik“ verwenden (Arbeitskreis OPD, 1996).
- Ebenso werden *Neurosenmodelle* in den neuen Diagnosesystemen nicht mehr als Gliederungsprinzip berücksichtigt. Noch in ICD-9 waren Störungen mit z. B. depressiver, ängstlicher oder Zwangssymptomatik unter dem einheitlichen Konzept der Neurose zusammengefasst worden. Als nicht konsensfähig erschienen jedoch viele damit verbundene ätiologische Annahmen (z. B. unbewusste Konflikte, abnorme Erlebnisverarbeitung), und es bestanden Zweifel, ob die unterschiedlichen Störungsbilder tatsächlich als Ausdruck einer einheitlichen Grundstörung anzusehen sind. Die früher als Neurosen diagnostizierten Störungen werden jetzt aufgrund von Symptomähnlichkeiten z. B. als affektive Störungen, Angststörungen und somatoforme Störungen in getrennten Haupt- und Unterkapiteln klassifiziert.
- Die klassische *Dichotomie „Psychose vs. Neurose“* wurde ebenfalls aufgegeben. Die damit verbundenen ätiologischen Annahmen der Psychose als „biologischer“ und der Neurose als „psychologischer Störung“ sind aufgrund wissenschaftlicher Befunde in dieser einfachen Form nicht haltbar. Vielmehr muss davon ausgegangen werden, dass bei fast allen psychischen Störungen biologische, psychologische und soziale Faktoren in Interaktion und intraindividuell unterschiedlicher Gewichtung eine Rolle spielen. So sind psychische Umgebungsvariablen bei der Auslösung und dem Verlauf von schizophrenen Episoden ebenso beteiligt wie vermutlich eine gewisse körperliche Prädisposition auch bei vergleichsweise leichteren psychischen Störungen.
- *Ätiologische Einschlusskriterien* werden nur noch bei ganz wenigen Störungsbildern berücksichtigt. Neben den organisch bedingten und substanzinduzierten psychischen Störungen handelt es sich vor allem um die Anpassungsstörung sowie die posttraumatische und akute Belastungsstörung. Bei den letztgenannten Diagnosen ist das Erleben eines psychischen Trau-

3.1 Verbindliche Klassifikationssysteme

mas die entscheidende ätiologische Voraussetzung, und es wird unterstellt, dass es ohne ein solches Trauma nicht zur Entwicklung einer psychischen Symptomatik gekommen wäre.

- Neu eingeführt wurde das Konzept der *multiaxialen Diagnostik*. Es handelt sich hierbei um hypothetisch voneinander unabhängige Achsen, die verschiedene Aspekte von psychischen Störungen beschreiben. In DSM-IV sind fünf derartige Dimensionen definiert. Die klinischen Symptome und Syndrome befinden sich auf Achse I, die Persönlichkeitsstörungen und die geistige Behinderung als länger dauernde und stabile Merkmale auf Achse II, bedeutsame körperliche Erkrankungen auf Achse III, psychosoziale und umgebungsbedingte Probleme auf Achse IV und das globale Funktionsniveau einer Person einschließlich seiner familiären, beruflichen oder freizeitbezogenen Beeinträchtigungen auf Achse V. Mit diesen Dimensionen wird verdeutlicht, dass bei der Entwicklung und Aufrechterhaltung psychischer Störungen ein Zusammenspiel von sowohl medizinischen als auch psychosozialen Faktoren besteht. Für ICD-10 ist ein ähnliches multiaxiales System bislang noch nicht verbindlich eingeführt worden.
- Das Prinzip der *Komorbidität* gehört ebenfalls zu den wichtigsten Neuerungen der heutigen Klassifikationssysteme. Anders als nach dem früher üblichen Hierarchieprinzip wird nicht mehr nach nur einer Hauptdiagnose zur Beschreibung aller psychischen Auffälligkeiten gesucht. Vielmehr können und sollen mehrere Diagnosen gestellt werden, um das klinische Erscheinungsbild auf Diagnoseebene möglichst breit zu beschreiben. Dabei können die einzelnen Diagnosen in eine Rangreihe gebracht werden, ohne dass damit notwendigerweise Annahmen über ätiologische oder andere Zusammenhänge verbunden sein müssen. Beispiele für die Komorbidität sind die häufigen Doppeldiagnosen Schizophrenie plus Alkoholabhängigkeit oder depressive Störung plus Angststörung. In der Praxis ist das Komorbiditätsprinzip von vielen Klinikern sehr positiv aufgenommen worden, da sich durch die Vergabe mehrerer Diagnosen meist direkte Implikationen für das weitere therapeutische Vorgehen ergeben.

Merke: Neurosenmodelle und die frühere Dichotomie endogen vs. neurotisch wurden durch ICD-10 und DSM-IV als diagnostische Konzepte abgeschafft, da hierüber kein wissenschaftlicher Konsens bestand. Beide Diagnosesysteme sind jetzt primär deskriptiv (beschreibend).

Aufbau von ICD-10 und DSM-IV

Während ICD-10 eine Klassifikation für sämtliche beim Menschen bekannten Krankheiten darstellt, ist DSM-IV nur auf die psychischen Störungen beschränkt. In der ICD-10 bezieht sich nur das Kapitel 5 auf die so genannten psychischen und Verhaltensstörungen. In ICD-10 wurde generell eine alpha-numerische Diagnosencodierung (d. h. aus einem Buchstaben und mehreren Ziffern bestehend) entwickelt. Die Buchstaben sind jeweils den einzelnen Hauptkapiteln zugeordnet. Sämtliche psychische Störungen beginnen mit dem Buchstaben F. Die Störungsgruppen von ICD-10 und DSM-IV sind in Kasten 2 gegenübergestellt. Wie deutlich wird, ist der Aufbau beider Systeme sehr ähnlich. Innerhalb jeder Störungsgruppe existieren über- und untergeordnete diagnostische Begriffe, womit auf Gruppen von ähnlichen bzw. „verwandten Störungen“ verwiesen wird. Beispiele für diese Klassifikationssystematik sind in Abbildung 1 dargestellt.

Abbildung 1: Beispiele für Klassifikationssystematik

<p>G <i>Krankheiten des Nervensystems</i></p> <p>G 4 Periodische und paroxysmale Krankheiten</p> <p>G 43 Migräne</p> <p>G 43.0 Migräne ohne Aura</p> <p>G 43.1 Migräne mit Aura</p>
<p>F <i>Psychische und Verhaltensstörungen</i></p> <p>F4 Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen</p> <p>F40 Phobische Störungen</p> <p>F40.0 Agoraphobie</p> <p>F40.1 Soziale Phobien</p> <p>F40.2 Spezifische (isolierte) Phobien</p>

3

Kasten 2: Störungsgruppen nach ICD-10 und DSM-IV

ICD-10	DSM-IV
F0 Organisch bedingte Störungen	Psychische Störungen aufgrund eines medizinischen Krankheitsfaktors Delir, Demenz, amnestische und andere kognitive Störungen
F1 Störungen durch psychotrope Substanzen	Störungen im Zusammenhang mit psychotropen Substanzen
F2 Schizophrenie und verwandte Störungen	Schizophrenie und andere psychotische Störungen
F3 Affektive Störungen	Affektive Störungen
F4 Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen	Angststörungen, Somatoforme Störungen, Dissoziative Störungen, Anpassungsstörungen
F5 Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen und Faktoren	Essstörungen, Schlafstörungen, Sexuelle Störungen
F6 Persönlichkeitsstörungen	Persönlichkeitsstörungen (auch Störungen der Impulskontrolle, Geschlechtsidentitätsstörungen)
F7 Intelligenzmindering	Geistige Behinderung
F8/9 Störungen im Kindes- und Jugendalter	Störungen mit Beginn üblicherweise im Kindes- oder Jugendalter

Überblick über die einzelnen Störungsgruppen

Die folgende Darstellung orientiert sich an den Kapiteln F0 bis F9 der ICD-10.

In Kapitel F0 sind alle psychischen Störungen zusammengefasst, die unmittelbar (oder überwiegend) auf eine *organische Ursache* wie eine Hirnfunktionsstörung oder körperliche Grunderkrankung zurückzuführen sind. Hierzu gehören u. a. das Delir, die verschiedenen Demenzen, das amnestische Syndrom sowie andere organische Störungen, u. a. auch die früher als endogenomorph bezeichneten Störungen, d. h. Störungen, die im Erscheinungsbild den bekannten Psychosen oder „Neurosen“ ähneln, aber organisch verursacht sind. Das demenzielle Syndrom ist einheitlich durch Gedächtnisstörungen sowie Beeinträchtigungen der höheren kognitiven Funktionen gekennzeichnet. Der Begriff des Delirs ist im Vergleich zu seiner früheren Bedeutung beträchtlich erweitert worden und umfasst nun jegliche Art von fluktuierender Symptomatik mit Bewusstseins- und Aufmerksamkeitsstörung, Desorientiertheit, Gedächtnisstörung, psychomotorischen Veränderungen sowie Störungen des Schlaf-wach-Rhythmus (dies schließt auch frühere diagnostische Begriffe wie „akuter exogener Reaktionstyp“ oder „akutes hirnanorganisches Psychosyndrom“ mit ein).

Alle Störungen im Zusammenhang mit dem Konsum psychotroper Substanzen sind im Hauptkapitel F1 enthalten. Dazu zählen u. a. die Diagnosen der Abhängigkeit, des Missbrauchs (schädlichen Gebrauchs), der Intoxikation und des Entzugs. Als wichtigste Diagnose gilt die Substanzabhängigkeit, die sowohl durch körperliche als auch psychische Abhängigkeitssymptome definiert ist. Beide Klassifikationssysteme definieren ein einheitliches Abhängigkeitssyndrom für alle Substanzklassen wie Alkohol, Opioide, Cannabinoide, Sedativa, Kokain, Halluzinogene, flüchtige Lösungsmittel, Stimulanzien und Nikotin. Anders als in früheren Diagnosesystemen sind körperliche Abhängigkeitssymptome (Toleranzentwicklung und Entzugssymptomatik) nicht mehr eine unabdingbare Voraussetzung für die Diagnose einer Substanzabhängigkeit. Die Diagnosen Abhängigkeit und Missbrauch (schädlicher Gebrauch) beschreiben ein Kontinuum des inadäquaten Substanzkonsums, wobei die Abhängigkeit die schwerere und der Missbrauch (schädlicher Gebrauch) die leichtere Ausprägungsform darstellen (beide Diagnosen schließen sich gegenseitig aus und können daher nicht gleichzeitig gestellt werden).

Im Kapitel F2 sind die *Schizophrenie und andere psychotische Störungen* zusammengefasst. Obwohl das frühere, überwiegend ätiologisch bestimmte und unscharfe Konzept der Psychose aufgegeben wurde, wird der Begriff der „psychotischen Störung“ in einem rein deskriptiven Sinn weiterverwendet (zur Bezeichnung von Störungen, die hauptsächlich durch Wahn, Halluzinationen sowie schwerste Affekt- und psychomotorische Syndrome gekennzeichnet sind). Für die Schizophrenie ist nach ICD-10 eine mindestens einen Monat lang dauernde floride Symptomatik erforderlich. Diese Definition ist weiter gefasst als diejenige von DSM-IV, wo die Schizophrenie nur nach mindestens sechsmonatiger Symptomatik einschließlich Prodromal-, aktiver und Residualphase diagnostiziert werden kann. Ergänzend zur Schizophrenie sind in ICD-10 weitere Kategorien für akute vorüber-

gehende psychotische Störungen, schizoaffektive Störung (Kombination mit affektiver Symptomatik) und wahnhaftige Störung (Persistieren eines Wahns bei gleichzeitigem Fehlen der typischen schizophrenen Symptomatik) vorgesehen. Die schizotypische Störung, gekennzeichnet durch lang andauerndes bizarres Verhalten mit Psychose-ähnlicher Symptomatik, ist in ICD-10 ebenfalls Bestandteil des Kapitel F2, während sie in DSM-IV den Persönlichkeitsstörungen zugeordnet ist. Sie ist in der Praxis schwer von der Schizophrenia simplex (chronisch progredienter Verlauf wie beim Vollbild der Schizophrenie, jedoch ohne floride Episoden) abzugrenzen.

Das Kapitel F3 umfasst alle *affektiven Störungen*. Hierzu zählen die Diagnosen der depressiven Episode bzw. rezidivierenden depressiven Störung, der bipolaren Störung, der dysthymen Störung und der zyklischen Störung. Depressive Episode und rezidivierende depressive Störung entsprechen in ihrer Definition dem DSM-IV-Konzept der Major Depression, da ein mindestens zweiwöchiges durchgehendes depressives Syndrom hierfür vorausgesetzt wird. Major Depression einerseits vs. dysthyme Störung andererseits sind nicht mit dem früheren Diagnosenpaar endogene Depression vs. neurotische Depression gleichzusetzen, da die Unterscheidung nur mehr aufgrund des Schweregrades des depressiven Syndroms erfolgt und nicht mehr aufgrund ätiologischer Konzepte wie neurotisch (d. h. verstehbar aufgrund psychischer Konflikte) oder endogen (d. h. automatisch ablaufend, biologisch bedingt, unverstehbar). Der traditionelle psychiatrische Begriff der „Zyklothymie“ entspricht jetzt dem der bipolaren Störung, während die zyklische Störung nach ICD-10/DSM-IV lediglich die leichtere Form der bipolaren Störung darstellt.

Angststörungen, Zwangsstörungen, somatoforme Störungen, dissoziative Störungen, reaktive und Anpassungsstörungen sind in Unterkapiteln von F4 aufgelistet (der Begriff der „neurotischen Störung“ wird hier nicht mehr im ätiologischen Sinne verwendet, sondern als Orientierungshilfe für die früher als „Neurosen“ bezeichneten Störungen). Bei den Angststörungen erfolgte eine Differenzierung der früheren Angstneurose in Panikstörung und generalisierte Angststörung sowie der früheren Phobien in Agoraphobie, soziale Phobie und spezifische Phobie. Die somatoformen Störungen sind einheitlich durch das Vorliegen von körperlichen Symptomen gekennzeichnet, für die keine (oder keine ausreichende) medizinische Erklärung gefunden werden kann. Zu beachten ist, dass die reaktiven und Anpassungsstörungen nur diagnostiziert werden können, wenn die zugrunde liegende Symptomatik nicht durch eine andere in den Diagnosesystemen spezifizierte Störung erklärt werden kann (Ausschlusskriterien).

In Kapitel 5 werden Verhaltensauffälligkeiten in Verbindung mit körperlichen Störungen und Faktoren zusammengefasst. Hierunter werden hauptsächlich die *Ess- und Schlafstörungen sowie die sexuellen Funktionsstörungen* verstanden. Von besondere Bedeutung ist die Kategorie F54, die Störungen mit psychischen Faktoren bei organischen Grunderkrankungen umfasst (entspricht 316 in DSM-IV). Hierzu gehören viele der „klassischen“ psychosomatischen Erkrankungen (z.B. Asthma, Neurodermitis), aber auch gravierende psychosomatische Begleit- und Folgekomplikationen, beispielsweise bei Patienten mit chronischem Tinnitus oder Diabetes mellitus.

3.1 Verbindliche Klassifikationssysteme

Genau wie in DSM-IV steht auch in ICD-10 ein separates Kapitel für die *Persönlichkeitsstörungen* zur Verfügung (F6). Jedoch hat ICD-10 hierfür keine eigene Achse vorgesehen. Die Borderline-Störung wird in beiden Systemen aufgrund der lang andauernden Stabilität ihrer charakteristischen Symptomatik unter den Persönlichkeitsstörungen aufgeführt. Im Unterschied zum DSM-System werden in ICD-10 die sexuellen Deviationen (Paraphilien) und die Impulskontrollstörungen (z. B. Kleptomanie, pathologisches Glücksspiel) in diesem Kapitel aufgeführt, da sie in ähnlicher Form wie Persönlichkeitsstörungen als lang anhaltende Charakteranomalien angesehen werden.

Neben einem getrennten Kapitel für die *Intelligenzminderung* (F7) sind die beiden letzten Kapitel F8 und F9 den *Störungen, beginnend gewöhnlich in der Kindheit oder Adoleszenz*, vorbehalten und werden somit von den psychischen Störungen des Erwachsenenalters abgegrenzt.

Merke: ICD-10 und DSM-IV sind sich in Aufbau und Inhalt sehr ähnlich.

3 Umsetzung in die klinische Praxis

Früher wurden Diagnosen für psychische Störungen traditionell durch ein „freies Klinikerurteil“ gestellt. Der Diagnostiker hatte aufgrund seiner Ausbildung und Erfahrung eine mehr oder weniger präzise Vorstellung von einem bestimmten Störungsbild und ordnete einen Patienten diesem zu. Durch die Einführung der operationalisierten und kriterienbezogenen Diagnostik hat sich der Prozess des Diagnostizierens entscheidend geändert. Diagnosen müssen nun nach festen Regeln gestellt werden, was die subjektive Entscheidungsfreiheit des Diagnostikers einschränkt. Der Vorteil ist aber die größere Präzision und Reliabilität der Diagnose, so dass z. B. Patienten weniger Grund zu der Befürchtung haben müssen, dass die bei ihnen gestellte Diagnose sehr von der schulspezifischen Ausrichtung und subjektiven Willkür des aufgesuchten Behandlers abhängt. Leider ist trotz der Einführung operationalisierter Diagnosen heute noch immer das Prinzip des „freien Diagnostizierens“ weit verbreitet. Dadurch entstehen jedoch nicht selten Missverständnisse und Fehldiagnosen. Deshalb sollte das kriterienbezogene Vorgehen bei Klinikern, die verantwortungsbewusst handelt und sich wissenschaftlich fundierter Methoden verpflichtet fühlen, zum Standard gehören.

Im Folgenden soll auf praktische Aspekte des diagnostischen Prozesses, als Hilfsmittel einsetzbare Instrumente und auf die Relevanz von diagnostischen Ergebnissen für Therapieentscheidungen näher eingegangen werden.

Der diagnostische Prozess

Die allermeisten der in DSM-IV und ICD-10 definierten Diagnosen sehen eine Befunderhebung und Beurteilung auf drei Ebenen vor: die des Symptoms, des Syndroms und der Diagnose. Der diagnostische Prozess beginnt üblicherweise auf der Symptomebene, wo die klassischen psychopathologischen Auffällig-

keiten sowie andere Besonderheiten des Erlebens, Denkens und Verhaltens zu berücksichtigen sind. Zu Beginn einer Untersuchung bzw. eines therapeutischen Kontakts sollte sich der Kliniker ein möglichst breites Bild davon machen, welche psychischen Symptome oder Auffälligkeiten bei dem Patienten vorhanden sind. Es wird eine große Vielzahl derartiger Symptome unterschieden. Die wichtigsten Symptombereiche und Beispiele für Einzelsymptome sind in Kasten 3 dargestellt. Es muss ausdrücklich darauf hingewiesen werden, dass es sich hierbei um eine konsequent deskriptive Erfassung von psychischen Auffälligkeiten handeln sollte, d. h., Interpretationen oder Schlussfolgerungen, beispielsweise über die Genese der Symptome oder die komplexe Dynamik intrapsychischer Prozesse, sind auf dieser diagnostischen Ebene zu vermeiden. Die Charakterisierung des Patienten auf Symptomebene wird oft als psychischer Befund (psychopathologischer Befund) dokumentiert. Ein typisches Beispiel für einen derartigen psychischen Befund ist in Kasten 4 wiedergegeben.

Beispiel:

Bei dem Satz „Der Patient zeigt histrionisches und narzisstisches Verhalten“ handelt es sich nicht um einen Symptombefund, da die Begriffe bereits diagnostischen Wert haben und ganz unterschiedliche Merkmale umfassen können. Richtig wäre etwa: „Der Patient zeigt starken Rededrang, lässt sich nur schwer unterbrechen, stellt die Sachverhalte in ausgesprochen emotionaler und dramatisierender Form dar, zeigt dabei reichhaltige Gestik und Mimik, betont immer wieder seine Erfolge und seine besonderen Fähigkeiten.“

Kasten 3: Psychopathologische Symptome

- **Äußere Erscheinung** (z. B. groß gewachsen, jünger wirkend, gebeugte Körperhaltung, modisch gekleidet, verschlissene Kleidung, untergewichtig, adipös)
- **Affekt** (z. B. depressiv, reizbar, ängstlich, ärgerlich, euphorisch, labil, affektinkontinent, inadäquater Affekt, aufgewühlt, misstrauisch, ratlos, affektarm, theatralisch, Krankheitsängste)
- **Sprache** (z. B. starker Redefluss, schweigsam, mutistisch, monoton, leise, flüsternd, abgehackt, nuschelnd)
- **Formales Denken** (z. B. gelockerte Assoziationen, Denkverarmung, Ideenflucht, gehemmtes Denken, weitschweifig, ausweichend, perseverierend, Neologismen, selektiv schlussfolgernd, übergeneralisierend, inkohärent/zerfahren)
- **Inhaltliches Denken** (z. B. überwertige Ideen, ständig wiederkehrende Zwangsgedanken, Wahn, Beziehungsideen, Gedankeneingebung, -entzug oder -ausbreitung)
- **Wahrnehmungsstörungen** (z. B. Illusionen, Halluzinationen)
- **Verhalten im Sozialkontakt** (z. B. kooperativ, freundlich, interessiert, unterwürfig, geringschätzend, apathisch, misstrauisch, feindselig, unsicher, zurückgezogen)
- **Psychomotorik und Antrieb** (z. B. lebhafte Gestik, nervös, stereotype Bewegungen, Hyperaktivität, Agitiertheit, schleppender Gang, ruhelos, ziellose Bewegungen, gehemmt, antriebsarm, energielos)

Kasten 3: Psychopathologische Symptome (Fortsetzung)

- **Selbsterleben** (z. B. Derealisation, Depersonalisation, Fremdbeeinflussungserleben)
- **Bewusstsein** (z. B. wach, schläfrig, benommen, bewusstseinsgetrübt, stuporös)
- **Orientierung** (z. B. zur Zeit, zur eigenen Person, zum Ort, zur Situation)
- **Konzentration und Gedächtnis** (z. B. unkonzentriert, Merkfähigkeitsstörungen, vergesslich, Störungen des Kurz- oder Langzeitgedächtnisses)
- **Körperliche Beschwerden** (z. B. Ein- oder Durchschlafschwierigkeiten, Appetitlosigkeit, auffälliges Essverhalten, körperliche Symptome ohne medizinische Erklärung)
- **Substanzkonsum** (z. B. Alkohol, Drogen, andere psychotrope Substanzen, starker Konsumdrang, Kontrollverlust, Entzugssymptome, Toleranzentwicklung)
- **Suizidalität** (z. B. Todesgedanken, Todessehnsucht, Vorbereitung oder suizidale Handlung)

Kasten 4: Beispiel eines psychischen/psychopathologischen Befundes

Wacher, bewusstseinsklarer, schlanker, gepflegt wirkender und im Kontakt anfangs betont korrekt und etwas steif auftretender 56-jähriger Patient. Er ist allseits orientiert, im Denken verlangsamt und umständlich. Vor Antworten entstehen immer wieder längere Pausen, da er nachdenkt. Darüber hinaus keine formalen Denkauffälligkeiten. Aufmerksamkeit und Konzentrationsvermögen subjektiv etwas eingeschränkt. Keine Hinweise für Sinnestäuschungen oder Wahnideen. Im Affekt wirkt der Pat. niedergeschlagen, bedrückt, er ist in einer ernsten Grundstimmung, lächelt während des gesamten Gesprächs kein einziges Mal. Er sei in letzter Zeit häufig kraftlos und müsse sich zu vielen Alltagserledigungen zwingen. Während des gesamten Gesprächs erscheinen alle Bewegungsabläufe deutlich verlangsamt. Der Pat. berichtet, jeden Abend mindestens 2 Std. zum Einschlafen zu brauchen, der Appetit sei schon seit Wochen schlecht, und er habe 3 kg abgenommen. Außerdem grüble er sehr häufig, entwickle viele Selbstzweifel, die im Zusammenhang mit den in letzter Zeit häufigen partnerschaftlichen und beruflichen Konflikten stünden. Er leide außerdem unter Kopfschmerzen, welche in letzter Zeit ebenfalls häufiger geworden seien. Im Kontaktverhalten wirkt der Pat. offen und insgesamt aufgeschlossen, es bestehen Leidensdruck und gute Behandlungsmotivation. Keine Hinweise auf Suizidalität.

Therapeuten sollten beachten, dass im psychischen Befund sowohl die Angaben des Patienten als auch eigene Beobachtungen zu berücksichtigen sind. Dementsprechend werden subjektive und objektive Symptome unterschieden. Während *subjektive Symptome* auf innere Prozesse bezogen sind und im Wesentlichen nur durch den Patienten selbst erkannt und berichtet werden können (z. B. niedergeschlagene oder ängstliche Stimmungen, ständiges Grübeln über negative Inhalte), sind

objektive Symptome nach außen hin sichtbar und durch Verhaltensbeobachtung beschreibbar (z. B. Patient weint, starke Verlangsamung der Psychomotorik). Hinzu kommen außerdem meist Aspekte des äußeren Erscheinungsbilds und des Kontaktverhaltens (z. B. mangelnde Körperhygiene, Vermeidung von Blickkontakt).

Auf der ebenfalls noch deskriptiven *Syndromebene* werden häufig miteinander vorkommende Symptome „geclustert“. Beispielsweise besteht das klassische depressive Syndrom aus Symptomen wie Niedergeschlagenheit, Interesse- und Freudlosigkeit, Schlafstörungen, Appetitveränderung, Konzentrationschwierigkeiten, Antriebslosigkeit, Wertlosigkeitsgefühl und Suizidalität. Bei psychischen Störungen werden in der Regel fünf bis zehn Syndrome unterschieden, wie beispielsweise das manische Syndrom, das paranoid-halluzinatorische Syndrom, das Angstsyndrom, das Zwangssyndrom, das Abhängigkeitssyndrom, das demenzielle Syndrom oder das Somatisierungssyndrom. Die Syndromdefinitionen sind in der Regel in den entsprechenden Diagnosen der Klassifikationssysteme enthalten.

Erst ab der *dritten Ebene – der Diagnose* – werden andere Merkmale als die der psychischen Symptomatik berücksichtigt. Beispiele sind Kriterien zur psychosozialen Beeinträchtigung durch die Symptomatik, zeitliche Aspekte (z. B. Mindestdauer einer Symptomatik über einige Wochen oder mehrere Monate) oder unterschiedliche Verlaufstypen (z. B. chronisch, phasisch, episodenhaft, lang anhaltend, progrediente Verschlechterung). Ätiologische Faktoren spielen eine untergeordnete Rolle, da die Entstehungsbedingungen fast aller psychischen Störungen unbekannt oder sehr komplex sind. Allerdings kann beispielsweise der Nachweis einer Drogeneinnahme als Auslöser eines paranoid-halluzinatorischen Syndroms als Ein- oder Ausschlusskriterium von großer Bedeutung sein. Ferner gibt es differenzialdiagnostische Kriterien, über die geregelt wird, wie ähnliche oder verwandte Störungsbilder voneinander abgegrenzt werden können (z. B. Unterscheidung zwischen Schizophrenie und schizoaffektiver Störung).

Merke: Der psychopathologische Befund ist die Basis jeder Diagnosestellung. Die drei Ebenen Symptom – Syndrom – Diagnose sind zu unterscheiden.

Das dargestellte dreistufige Modell verhindert ein vorschnelles „Schubladendenken“. Der Kliniker sollte sich nicht ausschließlich an den in den Diagnosesystemen vorgegebenen Kriterien orientieren, sondern anfangs dem Patienten ohne vorschnelle Hypothesen über das Zutreffen oder Fehlen einer bestimmten Diagnose gegenüberstehen. Es ist ratsam, sich zunächst einen breiten, umfassenden Überblick über alle Beschwerden und Probleme zu verschaffen und erst in einem zweiten Schritt gezielt ganz bestimmte Störungsbilder zu überprüfen. Zur Orientierung und Hilfestellung kann z.B. das Lexikon psychopathologischer Grundbegriffe zur ICD-10 (Freyberger et al, 1996), für die „klassische“ psychiatrische Terminologie das AMDP-System (Arbeitsgemeinschaft für Methodik und Dokumentation in der Psychiatrie, 2000) oder das Buch von Payk (2002) zur Psychopathologie empfohlen werden.

Abbildung 2: Diagnostische Verfahren zur Erfassung psychischer Störungen

Art des Verfahrens		System	Autoren*
Checklisten			
IDCL	Internationale Diagnosen Checklisten	ICD-10; DSM-IV	Hiller et al. (1995)
IDCL-P	IDCL für Persönlichkeitsstörungen (Achse II)	ICD-10; DSM-IV	Bronisch et al. (1995)
Interviews			
SKID	Strukturiertes Klinisches Interview für DSM-IV	DSM-IV	Wittchen et al. (1997)
CIDI	Composite International Diagnostic Interview	ICD-10; DSM-IV	Wittchen et al. (1997)
DIPS	Diagnostisches Interview bei psychischen Störungen	ICD-10; DSM-IV	Margraf et al. (1994)
Mini-DIPS	DIPS-Kurzversion	ICD-10, DSM-IV	Margraf (1994)
Kinder-DIPS	DIPS für Patienten im Kindes- und Jugendalter	ICD-10; DSM-IV	Unnewehr et al. (1995)
SCAN	Schedules for Clinical Assessment in Neuropsychiatry	ICD-10	v. Gülick-Bailer et al. (1995)
SKID-II	SKID für Persönlichkeitsstörungen (Achse II)	DSM-IV	Fydrich et al. (1997)
IPDE	International Personality Disorder Examination	ICD-10; DSM-IV	Mombour et al. (1996)
SIDAM	Strukturiertes Interview für Demenzen	ICD-10; DSM-IV	Zaudig und Hiller (1996)

* Literaturangaben dieser Verfahren z.B. bei Stieglitz et al. (2001)

Instrumente zur Diagnosestellung

Dem Vorteil einer zuverlässigeren Diagnostik nach ICD-10 und DSM-IV steht als Nachteil gegenüber, dass der diagnostische Prozess formalisierter und somit aufwändiger geworden ist. Die Klassifikationssysteme enthalten mehrere hundert Kriterien, die in Katalogform bei den einzelnen Störungskategorien aufgeführt sind. Als diagnostische Hilfsmittel sind eine Reihe von Instrumenten wie Checklisten oder strukturierte Interviews entwickelt worden. Derartige Verfahren werden zwar vorwiegend in wissenschaftlichen Studien zur Patientenselektion eingesetzt, manche eignen sich aber auch hervorragend für die klinische Routine. Einen Überblick über einige wichtige Verfahren gibt Abbildung 2.

Bei der Anwendung von *strukturierten Interviews*, wie etwa dem SKID, werden dem Untersucher in systematischer Form sowohl die Fragen als auch die Codierungs- und Verrechnungsregeln vorgegeben. Bei der Verwendung von Checklisten ist der Kliniker in seinem Explorationsstil dagegen nicht festgelegt, da nur die zu beurteilenden Kriterien vorgegeben sind.

Beispiel:

Abbildung 3 zeigt die Liste zur Überprüfung der Panikstörung aus den IDCL für ICD-10 (Hiller et al., 1995). Zunächst muss festgestellt werden (Kriterium A), ob bei dem untersuchten Patienten typische spontane, d. h. nicht vorhersehbare Panikattacken wiederholt aufgetreten sind (z.B. „Haben Sie jemals Angstanfälle erlebt, die für Sie wie aus heiterem Himmel auftraten?“). Im zweiten Schritt (Kriterium B) wird die dazugehörige Symptomatik des Angstsyndroms ermittelt (z.B. „Wenn Sie einen solchen Anfall erlebten, hatten Sie dann typischerweise starkes Herzrasen oder Herzstolpern ..., bekamen Sie dann Schweißausbrüche ..., haben Sie dann gezittert ... usw.“). Anschließend (Kriterium C) muss eine organische Ursache ausgeschlossen werden (z.B. „Haben Sie sich wegen der Angstanfälle schon ärztlich untersuchen lassen? Hat der Arzt medizinische Ursachen gefunden? Hatten Sie Medikamente, Alkohol oder Drogen eingenommen, bevor Sie solche Anfälle bekamen?“). Bei Zutreffen aller drei Kriterien kann schließlich die Diagnose einer Panikstörung gestellt werden kann.

Checklisten wie die IDCL haben gegenüber strukturierten Interviews den Vorteil, dass sie rascher durchzuführen sind und mehr Flexibilität in der Gesprächsführung und dem Aufbau des Patientenkontakts ermöglichen. Die Erfahrung mit den aufwändigeren Interviewverfahren hat gezeigt, dass bei Patienten mit schwerer oder multipler Symptomatik oftmals eine Befragung von mehreren Stunden erforderlich ist. Bei der Anwendung von Checklisten bleibt es dem Diagnostiker überlassen, wie er seine Informationen einholt. Meist stützt er sich auf Angaben des Patienten, jedoch können (und sollen) auch fremdanamnestiche Informationen oder Verhaltensbeobachtungen zusätzlich berücksichtigt werden. Bei sorgfältiger Anwendung können mit Hilfe von Checklisten sehr zuverlässige Diagnosen ähnlich wie bei strukturierten Interviews erreicht werden.

Einige der in Abbildung 2 genannten Verfahren beziehen sich auf das gesamte Spektrum der wichtigsten psychischen Störungen (IDCL, SKID, CIDI, DIPS, SCAN), während andere speziell zur Erfassung von Persönlichkeitsstörungen (IDCL-P, SKID-II, IPDE), Störungen des Kindes- und Jugendalters (Kinder-DIPS) oder Demenzen (SIDAM) konzipiert sind. Als Ergänzung zu den Verfahren der kategorialen Diagnostik können veränderungssensitive quantitative Skalen eingesetzt werden, um beispielsweise Unterschiede in der Symptomatik vor, während oder nach Abschluss einer Intervention zu ermitteln (vgl. Beitrag von Stieglitz in diesem Buch).

Lifetime-Perspektive

Bei der Diagnosestellung sollten nach Möglichkeit alle Störungen berücksichtigt werden, die jemals im Leben des untersuchten Patienten aufgetreten sind (Lifetime). Beispielsweise wird bei einer Patientin eine aktuelle depressive Störung festgestellt, es zeigt sich aber außerdem, dass sie vor einigen Jahren an einer Agoraphobie litt (die evtl. gut behandelt wurde und seither in stabiler Remission ist). Dann kann ergänzend zur aktuellen depressiven Störung die Diagnose „Z. n. Agoraphobie“ (= Zustand nach) gestellt werden. Therapeutisch hat dies den Vorteil, dass der Kliniker eine umfassendere Einschätzung erhält. Im genannten Beispiel kann es therapeutisch wertvoll sein, bei der Depressionsbehandlung auf Erfahrungen und Erfolge der Pa-



Abbildung 3: IDCL Internationale Diagnosen Checkliste für ICD-10 (Beispiel Panikstörung)

IDCL Internationale Diagnosen Checkliste für ICD-10

Panikstörung Name: _____
 Alter: _____ Datum: _____

A Wiederholte Panikattacken. Nein Verdacht Ja
 ♦ die nicht auf eine spezifische Situation oder ein spezifisches Objekt bezogen sind.
 ♦ und die oft spontan auftreten (d.h. die Attacken sind nicht vorhersagbar).
 Beachten Sie: Panikattacken, wie hier definiert, dürfen nicht mit besonderer Anstrengung oder mit gefährlichen oder lebensbedrohlichen Situationen verbunden sein.

B • Ermitteln Sie die in Panikattacken typischerweise auftretenden Symptome

Symptome autonomer Erregung		Symptome des Bewusstseins	
Verdacht	Ja	Verdacht	Ja
(1) Palpitationen, Herzklopfen oder beschleunigter Puls	<input type="checkbox"/>	(9) Schwindel, Unsicherheits-, Schwäche- oder Benommenheitsgefühl	<input type="checkbox"/>
(2) Schweißausbrüche	<input type="checkbox"/>	(10) Gefühle, daß Dinge unwirklich sind (Derealisation) oder daß man "selbst weit entfernt" oder "nicht richtig da" ist (Depersonalisation)	<input type="checkbox"/>
(3) Fein- oder grobschüttiger Tremor	<input type="checkbox"/>	(11) Furcht, Kontrolle zu verlieren, verrückt zu werden oder "auszuflippen"	<input type="checkbox"/>
(4) Atembeschwerden (nicht infolge Medikation oder Blockade)	<input type="checkbox"/>	(12) Angst, zu sterben	<input type="checkbox"/>
Symptome in Brust oder Abdomen		Allgemeine Symptome	
(5) Atembeschwerden	<input type="checkbox"/>	(13) Mühseligkeiten oder Kälteschauer	<input type="checkbox"/>
(6) Beklemmungsgefühl	<input type="checkbox"/>	(14) Gähnen/Schlucken oder Krabbelgefühle	<input type="checkbox"/>
(7) Schmerzen oder Mithempfindungen in der Brust	<input type="checkbox"/>		
(8) Übelkeit oder Mithempfindungen im Abdomen (z.B. "Rumoren" im Magen)	<input type="checkbox"/>		

Kriterium B ist unter folgenden Bedingungen erfüllt:
 ♦ Panikattacken sind *abgrenzbare Episoden* von starker Angst oder Unbehagen, die *abrupt* beginnen, innerhalb weniger Minuten einen *Höhepunkt* erreichen und *mindestens einige Minuten* andauern.
 ♦ Vorhandensein von *mindestens vier* Symptomen aus (1) bis (14), *darunter mindestens ein* Symptom aus (1) bis (4).

Beurteilen Sie, ob Kriterium B erfüllt ist: Ende

Panikstörung Seite 2

Ordnen Sie die ermittelte Symptomatik zeitlich ein:
 Ja: Verdacht Ja: Verdacht Ja: Verdacht

Derzeit: Symptomatik besteht derzeit erstmalig. **Derzeit und früher:** Symptomatik besteht derzeit und lag auch zu einem früheren Zeitpunkt vor. **Früher:** Symptomatik bestand zu einem früheren Zeitpunkt (angeben:).

C Die Panikattacken sind Folge einer körperlichen Störung, einer organischen psychischen Störung, oder einer anderen psychischen Störung (wie Schizophrenie und verwandte Störungen, affektive oder somatoforme Störung). Ja Verdacht Nein

Falls Kriterien A bis C erfüllt: erfüllt Verdacht nicht erfüllt

Diagnose:
F 4 1 . 0 (Tragen Sie ein: 5. Stelle Schweregrad)

mittelschwer = 0 (mindestens 4 Panikattacken innerhalb einer 4-Wochen-Periode)
 schwer = 1 (mindestens 4 Panikattacken pro Woche über einen Zeitraum von 4 Wochen)

Falls Kriterien für Panikstörung nicht (oder verdachtsweise nicht) erfüllt sind:
 ♦ Falls die Symptomatik als *blödsinnig* bewertet wird und keine andere spezifische Angststörung im Sinne von ICD-10 vorliegt, so kann eine andere Angststörung diagnostiziert werden:
 Andere Angststörung (F41.8) Verdacht Ja

♦ In den *übrigen Fällen* mit unspezifischer Symptomatik kann die folgende Diagnose gegeben werden:
 Nicht näher bezeichnete Angststörung (F41.9) Verdacht Ja

© 1994 Verlag Hans Huber, Bern

tientin aus der Zeit der früheren Angstbehandlung aufzubauen. Der Langzeitverlauf spielt bei einigen Störungen eine entscheidende Rolle. So kann die rezidivierende depressive Störung von der bipolaren Störung oft nicht durch den Querschnittsbefund (z.B. aktuelles depressives Syndrom), sondern nur durch die Rekonstruktion zurückliegender Störungsepisoden abgegrenzt werden.

Verdachtsdiagnosen

Nicht immer sind die Angaben des Patienten und die erhebbaren Befunde eindeutig genug, um eine sichere Diagnose stellen zu können. In diesen Fällen bieten Verdachtsdiagnosen eine gute Option. Beispielsweise kann die Diagnose Alkoholabhängigkeit nach ICD-10 nur gestellt werden, wenn aus sechs vorgegebenen Merkmalen (z. B. starkes Verlangen, Kontrollverlust, Entzugssymptome, Toleranzentwicklung) mindestens drei vorliegen. Bei einem Patienten, bei dem nur zwei Merkmale sicher festgestellt werden können, ein oder zwei weitere nur mit eingeschränkter diagnostischer Sicherheit vorliegen, kann als Diagnose „V.a. Alkoholabhängigkeit“ (= Verdacht auf) gestellt werden. Damit kann der Therapeut den Beginn einer Behandlung gut begründen. Liegen zu einem späteren Zeitpunkt weitere und sichere Informationen vor, kann die Verdachtsdiagnose entweder in eine definitive Diagnose umgewandelt oder aber verworfen werden.

Differenzialdiagnosen

Verdachts- und Differenzialdiagnosen ergänzen sich, wenn der Therapeut vermutet, dass beim Patienten mit höherer Wahrscheinlichkeit Störung A vorliegt, andernfalls aber Störung B. Beispielsweise wird bei einem depressiven Patienten nicht ausgeschlossen, dass dieser außerhalb affektiver Episoden auch Wahnsymptome oder Halluzinationen entwickelt haben könnte. Die Diagnosestellung „V.a. Rezidivierende depressive Störung, DD Schizoaffektive Störung“ (DD = Differenzialdiagnose) spiegelt diese Situation wider. Der Therapeut sagt damit: „Ich vermute, dass es sich um eine rezidivierende depressive Störung handelt; sollte sich das aber als falsch herausstellen, wäre es eine schizoaffektive Störung.“

Relevanz der Diagnostik für Therapieentscheidungen

Die kategoriale Diagnostik nach ICD-10 und DSM-IV hat seit den 80er Jahren einen enormen Aufschwung genommen, weil Diagnosen richtungsweisend für Therapieentscheidungen geworden sind. Hierzu hat vor allem die Entwicklung von störungsspezifischen Therapieansätzen beigetragen. Bei diesen wird zum einen das aktuelle Fachwissen zu den einzelnen Störungsformen gezielt berücksichtigt, zum anderen sind therapeutische Maßnahmen gezielt auf die Beseitigung bzw. Linderung von zentralen Symptomen des Störungsbildes zugeschnitten. Die mittlerweile erstaunlich große Anzahl von verfügbaren störungsspezifischen Therapien stimmt sehr gut mit den Diagnosen bzw. Diagnosegruppen der Klassifikationssysteme überein. Die Diagnose ist daher von großer Bedeutung, da sie das primäre Indikationskriterium für die Zuweisung zu der

3

3.1 Verbindliche Klassifikationssysteme

einen oder anderen Therapieform darstellt. Viele der neuen Therapieansätze, die auf der Grundlage der Verhaltenstherapie und Verhaltensmedizin entwickelt worden sind, haben sich in Studien als hocheffektiv erwiesen, und es ist wahrscheinlich, dass der „Boom“ der störungsspezifischen Methoden andauern wird.

4 Frequently Asked Questions (FAQ)

1. *Warum gibt es mit ICD-10 und DSM-IV überhaupt zwei verschiedene Klassifikationssysteme, wäre nicht eines ausreichend?*

→ Es gab bei der Entwicklung beider Systeme Anfang der neunziger Jahre starke Bestrebungen, sich auf einheitliche Definitionen zu einigen. Die Expertenkommissionen konnten jedoch Meinungsunterschiede bei bestimmten Störungsbildern nicht vollständig ausräumen.

2. *Macht es einen Unterschied, ob ich nach ICD-10 oder DSM-IV diagnostiziere?*

→ Für den klinischen Gebrauch kaum, da beide Systeme sehr ähnlich sind. Im Detail ist jedoch DSM-IV überlegen. Daher wird es auch in der Forschung bevorzugt eingesetzt. Die gravierendsten Unterschiede bestehen bei der Schizophrenie (Zeitkriterium von sechs Monaten in DSM-IV, von nur einem Monat in ICD-10), bei der Agoraphobie (in DSM-IV definiert als die „Angst vor der Angst“, dagegen in ICD-10 durch vier explizit genannte phobische Situationen) und die somatoformen Störungen (breitere, historisch gut begründete Konzeption der Somatisierungsstörung und Einschluss der Konversionsstörung in die Gruppe der somatoformen Störungen in DSM-IV, dagegen in ICD-10 Neudefinition der sog. somatoformen autonomen Funktionsstörung).

3. *Warum müssen Diagnosen mit einem Diagnosencode versehen werden?*

→ Dieser erleichtert die Erstellung von Statistiken. Außerdem können Diagnosen aus unterschiedlichen Ländern und Kulturen besser miteinander verglichen werden.

4. *Warum gibt es zur ICD-10-Diagnostik mehrere Bücher?*

→ Die Publikationspraxis der WHO ist in der Tat recht unübersichtlich. Am meisten verkauft wurden die „Klinisch-Diagnostischen Leitlinien“, ein in blauer Farbe gebundenes Buch mit ausführlichen, zum Teil sehr redundanten und langatmigen Beschreibungen der Störungsbilder. Dieses Buch hat den Nachteil, dass die präzisen diagnostischen Kriterien bei einigen Störungsbildern nicht sofort erkannt werden können. Besser geeignet und sehr zu empfehlen ist der „Taschenführer zur ICD-10-Klassifikation psychischer Störungen“ (Dilling und Freyberger, 1999) oder das sog. grüne Buch mit den ICD-10-Forschungskriterien.

5. *Wann sollten NNB-Kategorien verwendet werden (NNB = nicht näher bezeichnet)?*

→ Alle Diagnosengruppen verfügen in den Klassifikationssystemen über eine Restkategorie, die als NNB bezeichnet wird. Diese ist notwendig, falls ein Störungsbild diagnostiziert werden soll, das nicht in eine der spezifischen Kategorien passt. Beispiel: Eine Patientin hat häufig und schon seit längerem eine depressive Symptomatik; eine Major Depression kann nicht diagnostiziert werden, da die Symptomatik

nicht mindestens 14 Tage durchgehend bestanden hat, eine dysthyme Störung entfällt, weil die Symptomatik erst seit etwa einem Jahr besteht, und eine Anpassungsstörung scheidet aufgrund der nicht spezifischen Belastungssituationen und des lang dauernden Verlaufs aus (bipolare, schizoaffektive und organisch bedingte affektive Störungen seien ebenfalls ausgeschlossen). In diesem Fall handelt es sich um eine atypische depressive Störung (da durch keine der spezifischen Kategorien für depressive Störungen klassifizierbar), für die der Diagnosencode der NNB-Kategorie herangezogen werden kann.

6. *Was ist in ICD-10 der Unterschied zwischen den Restkategorien „andere“ und „nicht näher bezeichnete“ Störungen?*

→ In der Tat definiert ICD-10 zwei Typen von Restkategorien, die einheitlich mit .8 (andere) und .9 (nicht näher bezeichnete Störungen) codiert werden. Die Restkategorie „andere“ sollte verwendet werden, wenn eine Störung diagnostiziert wird, die zwar nicht in ICD-10, aber anderswo in der wissenschaftlichen und klinischen Literatur definiert ist (z.B. gibt es für das Chronic Fatigue Syndrome in der internationalen Literatur eine einheitliche, breit akzeptierte kriterienbezogene Definition). Für alle atypischen Störungsbilder ist die NNB-Kategorie vorgesehen.

7. *Soll Diagnostik schon in der ersten Sitzung stattfinden, oder ist es besser, zunächst auf den Patienten einzugehen und eine gute Beziehung herzustellen?*

→ Die Stringenz des diagnostischen Vorgehens hängt vom Setting und den Intentionen des Klinikers ab. Im stationären Rahmen ist es ratsam, die diagnostische Beurteilung sehr rasch vorzunehmen, um angesichts der oft kurzen Aufenthaltszeiten schnell Therapieentscheidungen treffen zu können. Im ambulanten Bereich sollte die Diagnostik innerhalb der probatorischen Phase abgeschlossen sein, damit im Therapieantrag das Störungsbild und die darauf aufbauende Therapie gut begründet werden können. Grundsätzlich stellen kompetente diagnostische Explorationen und Beziehungsaufbau keine Gegensätze dar.

8. *Sollte ich dem Patienten seine Diagnose mitteilen, wenn er es verlangt?*

→ Jeder Patient hat das Recht, Einsicht in die objektiven Befunde seiner Krankenakten zu erlangen. Aber auch aus therapeutischen Gründen ist Transparenz in der diagnostischen Beurteilung und Therapieplanung meistens sinnvoll. Wichtig ist es, dem Patienten das Zustandekommen der Diagnose und die sich daraus ergebenden Konsequenzen für die Behandlung zu erläutern. Dies kann bei einzelnen Störungen in der Regel problemlos sein (z. B. Panikstörung), jedoch bei schweren Störungen (z. B. Schizophrenie) oder Diagnosen mit negativem Bedeutungsgehalt (z. B. Persönlichkeitsstörung) viel „klinisches Fingerspitzengefühl“ erfordern.

5 Prüfungsfragen

1. Wodurch unterscheiden sich ICD-10 und DSM-IV von traditionellen psychiatrischen Klassifikationssystemen?
2. Mit welchen klinischen und therapeutischen Zielsetzungen

- sind Diagnostik und Klassifikationen verbunden?
3. Welches sind die diagnostischen Hauptgruppen in ICD-10 und DSM-IV?
 4. Was versteht man unter der Operationalisierbarkeit von Diagnosen?
 5. Warum sind traditionelle Neurosenmodelle in den neuen Klassifikationssystemen nicht mehr berücksichtigt? – Wie werden die früheren „Neurosen“ heute eingeordnet?
 6. Was bedeutet multiaxiale Diagnostik und welche Achsen werden in DSM-IV unterschieden?
 7. Welche Vorteile bietet das Prinzip der Komorbidität?
 8. Warum werden beim diagnostischen Prozess Symptom, Syndrom und Diagnose unterschieden? – Erläutern Sie dies an einem Beispiel!
 9. Welchen Vorteil hat es, Instrumente zur Diagnosestellung einzusetzen? – Nennen Sie einige der wichtigsten Instrumente und erläutern sie deren Vor- und Nachteile!

6 Literatur

- Arbeitsgemeinschaft für Methodik und Dokumentation in der Psychiatrie (AMDP): Das AMDP-System – Manual zur Dokumentation psychiatrischer Befunde. 7. Aufl. Göttingen: Hogrefe, 2000
- Arbeitskreis OPD: Operationalisierte Psychodynamische Diagnostik (OPD). Bern: Huber, 1996
- Dilling H, Freyberger HJ (Hrsg.): Taschenführer zur ICD-10-Klassifikation psychischer Störungen der Weltgesundheitsorganisation (mit Glossar und diagnostischen Kriterien). Bern: Huber, 1999
- Freyberger HJ, Dittmann V, Stieglitz R-D, Dilling H: ICD-10 in der Erprobung: Ergebnisse einer multizentrischen Feldstudie in den deutschsprachigen Ländern. *Nervenarzt* 1990;61:271-275
- Freyberger HJ, Siebel U, Mombour W, Dilling H (Hrsg.): Lexikon psychopathologischer Grundbegriffe. Ein Glossar zum Kapitel V(F) der ICD-10. Bern: Huber, 1996
- Hiller W, Zaudig M, Mombour W: IDCL – Internationale Diagnosen Checklisten für ICD-10 und DSM-IV (Manual und 32 Checklisten nach ICD-10 der WHO). Bern: Huber, 1995
- Payk TR: Pathopsychologie. Vom Symptom zur Diagnose. Berlin: Springer, 2002
- Sartorius N, Kaelber CT, Cooper JE, Roper MT, Rae DS, Gulbinat W, Üstün TB, Regier DA: Progress toward achieving a common language in psychiatry. Results from the field trial of the clinical guideline accompanying the WHO classification of mental and behavioral disorders in ICD-10. *Arch Gen Psychiatry* 1993;50:115-124
- Saß H, Wittchen H-U, Zaudig M (Hrsg.): Diagnostisches und Statistisches Manual Psychischer Störungen DSM-IV (übersetzt nach der vierten Auflage des Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders der American Psychiatric Association). Göttingen: Hogrefe, 1996
- Stieglitz R-D, Baumann U, Freyberger HJ (Hrsg.): Psychodiagnostik in Klinischer Psychologie, Psychiatrie, Psychotherapie. 2. erweiterte Aufl. Stuttgart: Thieme, 2001