



KLAUS-GRAWE-INSTITUT
FÜR PSYCHOLOGISCHE THERAPIE

DIAGNOSTIK NACH ICD UND DSM

KURS PSY23

30.06. & 01.07.2023



DR. PHIL. DIPL.-PSYCH. MELANIE BRAUN
FACHPSYCHOLOGIN FÜR PSYCHOTHERAPIE

Supervisorin für wissenschaftliche Psychotherapie

KLAUS GRAWE INSTITUT ZÜRICH



1. Einführung:

- Erfahrungen, Begriffsklärung
- Nutzen von Diagnostik in Psychotherapie und Psychiatrie

2. Das Problem der Beurteilerübereinstimmung

3. Derzeitige Klassifikationssysteme:

- Anforderungen, Ziele in Forschung & Praxis
- ICD-10/ ICD-11
- DSM-5, GAF

4. Praxisbeispiel Herr S.

5. SCID & Screening

6. Zusammenfassung, Diskussion

EURE ERFAHRUNGEN UND ERWARTUNGEN...

- Wer bin ich? Welche Erfahrungen habe ich im Bereich Psychodiagnostik?
- Welche Erwartungen und Befürchtungen habe ich?





LERNZIELE DES WOCHENENDES

- Praktische Relevanz der Diagnostik erkennen
- Derzeitige Vorgehensweise in der klinisch-psychologischen Diagnostik kennenlernen
- Fallbeispiel erarbeiten
- Screening & Einführung SCID
- Pro und Contra der klassifikatorischen Diagnostik ableiten



Der Mensch neigt zum Klassifizieren...

- Wir alle benutzen Einteilungen oder Unterscheidungen
- gut/ böse, klein/ gross, meins/ deins, Inländer/ Ausländer
- Bedürfnis nach Ordnung und Benennung
- Bringt die Klassifikation psychischer Störungen in der Psychotherapie wirklich einen Nutzen mit sich?
- Erstes Ziel: Problemlage des Patienten möglichst zutreffend, umfassend und schnell feststellen (Margraf, 2018)



Definition des Begriffs «Klassifikation»

- Dimensional versus kategorial/ klassifikatorisch
- Dimensional = Einzelbeschwerden objektivieren, Schweregrad festlegen, Feststellung der Ausprägung
- Dimensionale Beschreibung für Diagnostik psychischer Störungen zu unspezifisch



Definition des Begriffs «Klassifikation»

- Kategoriale Einteilung: «psychisch krank» versus «psychisch gesund»? Kategoriale Systeme haben derzeit grössere Bedeutung
- Aber was heisst das jetzt, krank, bzw. normal zu sein?

In Anlehnung an das DSM IV werden psychische Störungen definiert als ein klinisch bedeutsames Verhaltens- oder psychisches Syndrom oder Muster, das mit momentanem Leiden (z.B. einem schmerzhaftem Symptom), einer Beeinträchtigung (z.B. Einschränkung in einem oder mehreren wichtigen Funktionsbereichen) oder einem erhöhtem Risiko zu sterben einhergeht. Unabhängig vom ursprünglichen Auslöser sollte eine verhaltensmäßige psychische oder biologische Funktionsstörung bei der Person zu beobachten sein (Wittchen, 2006)



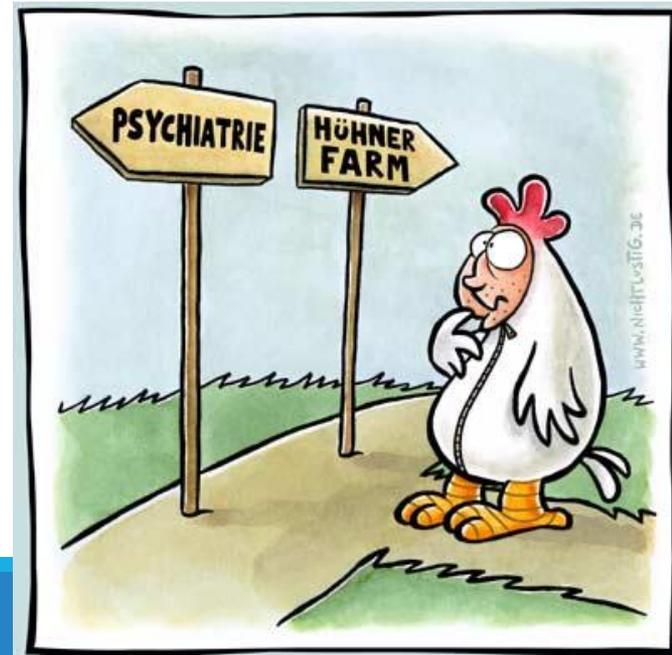
Annahmen der kategorialen Klassifikation

- Sinnvolle Gruppierungen der beobachteten Phänomene (z.B. überzufällig gemeinsames Auftreten bestimmter Symptome)
- Es bestehen qualitative Unterschiede zwischen den Gruppen → Einteilung in diskrete Klassen gerechtfertigt
- Heute wird die Klassifikation psychischer Störungen als notwendige, aber nicht hinreichende Basis klinischer Arbeit akzeptiert

Nach welchen Faktoren können psychische Störungen klassifiziert werden?

- symptomatologisch (auf Grundlage einzelner Symptome)
 - syndromatologisch (anhand von Syndromen)
 - nosologisch (Nosologie = Krankheitslehre): Verlauf, Ansprechen auf Behandlung, Ätiologie und Pathogenese
- Unsere derzeitigen Klassifikationssysteme eher syndromatisch, weniger nosologisch

(Margraf, 2018)





NUTZEN VON DIAGNOSTIK

- Beschreibung und Klassifikation von Problemen und Erkrankungen
- Erklärung der Ursachen
- Erklärung der Verlaufsbedingungen von Störungen
- Indikationsstellung zu einer geeigneten Behandlungsform
- Ermöglicht Prozess- und Verlaufskontrolle
- Evaluation der eingesetzten psychotherapeutischen Verfahren, effektive Qualitätskontrolle

(Schneider & Freyberger, 2014)



DIAGNOSTIK IN DER PSYCHOTHERAPIE

Psychotherapie benötigt verschiedene diagnostische
Zugangsweisen:

- Klinisch-psychiatrische Diagnostik zur Erfassung und Beschreibung der Störung, Somatisch-medizinische Diagnostik
- Orientierungs- und theorienbezogene Diagnostik (z.B. Problemanalyse)
- Klinisch-psychologische Diagnostik (systematisierte Selbst- und Fremdbeurteilungen, Verlaufskontrollen usw.)
- Spannungsfeld zwischen subjektiven und objektiven Zugängen

Laireiter (2001)



DAS PROBLEM DER BEURTEILERÜBEREINSTIMMUNG

- In den 60er und 70er Jahren war man der Diagnostik kritisch gegenüber eingestellt, insbesondere wegen der unzureichenden Interraterreliabilität
- Interraterreliabilität: Beurteilerübereinstimmung
- Fleiss & Spitzer (1974): Je nach Diagnosekategorien zwischen 38 % und 66 %
- Mangelnde Objektivität verringert Reliabilität und Validität
- Ziel: Verbesserung der Beurteilerübereinstimmung durch Diagnostiksysteme



DAS PROBLEM DER BEURTEILERÜBEREINSTIMMUNG

Ebene	Bezeichnung	Kappa
Störungsgruppen	Organische Psychosen	.77
	Intellektuelle Minderbegabung	.72
	Alkoholismus	.71
	Schizophrenie	.57
	Affektive Erkrankungen	.41
	Neurosen	.40
	Persönlichkeitsstörungen	.32

Kappa: Mass für die Übereinstimmung zwischen Ratern

(nach Fleiss & Spitzer, 1974)

Wertebereich Kappa +1 bis -1
+1 = Perfekte Übereinstimmung
-1 = keine Übereinstimmung
0 = Übereinstimmung entspricht Zufall



DAS PROBLEM DER BEURTEILERÜBEREINSTIMMUNG

...Aber psychiatrisch-psychologische Diagnosekategorien sind per se subjektiv (Merkmale sind nicht konstant, «Messung» affektiver Zustände, Daten werden interpretiert usw.)

...Dennoch hat sich Klassifikation durchgesetzt (Entwicklung störungsspezifischer Therapien, verbesserte Zuverlässigkeit durch operationalisierte Kriterien und standardisierte Verfahren bei Befunderhebung, nötig für Krankenkassenabrechnung)



DAS PROBLEM DER BEURTEILERÜBEREINSTIMMUNG

Fazit

- *Klassifikation nicht ungefährlich, bringt allerdings viele Vorteile*
- *Klassifikation notwendig, aber nicht hinreichend bei Planung und Durchführung der individuellen Therapie*
- *Für sinnvolle Klassifikation empirisch fundierte Kriterien und gute Erhebungsinstrumente erforderlich*



DERZEITIGE KLASSIFIKATIONSSYSTEME

Anforderungen an ein Klassifikationssystem:

- a) Verbesserung der Kommunikation zwischen Diagnostikern verschiedener Einrichtungen, Ländern, Kulturkreisen
- b) Kommunikation mit Patienten über ihr Beschwerdebild
- c) Verbindung einer Diagnose mit verschiedenen Ebenen von Interventionsentscheidungen bis zur Therapieplanung
- d) Definition von Kontraindikationen
- e) Bestimmung der Prognose
- f) Planung von langfristigen Massnahmen, Rückfallprophylaxe, Erhaltungstherapie, Rehabilitation
- g) Verbesserung der politischen Gesundheitsplanung



Derzeitige Klassifikationssysteme

Welche Kriterien müssen Klassifikationssysteme erfüllen?

- I. Relevanz
- II. Reliabilität
- III. Validität



DERZEITIGE KLASSIFIKATIONSSYSTEME

- **ICD** (International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems, ICD-10, Vorstellung ICD-11 Juni 2018, Verabschiedung Mai 2019, Inkrafttreten Januar 2022)
- **DSM** (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, DSM-IV; bzw. DSM-5)



GESCHICHTE DER KLASSIFIKATIONSSYSTEME

ICD (World Health Organisation) → Umfasst alle Erkrankungen	DSM (American Psychiatric Association) → Umfasst psychische Erkrankungen
Ursprünge 1850	Ursprünge 1840
1893: Einführung Bertillon-Klassifikation (Internationale Todesursachenverzeichnis)	1880 7 Kategorien für Geisteskrankheiten
1948 (ICD-6): erste offizielle Klassifikation der WHO	1952 (DSM-I): Ausarbeitung durch die APA
1965 (ICD-8): Erweiterung um neue Krankheitsgruppen, internationale Kooperation bei Entwicklung	1980 (DSM-III): 1984 erste deutsche Version
1992 (ICD-10), 1994 Einführung der ICD Forschungskriterien	1994 (DSM-IV), deutsche Version 1996
Seit 1.1.2013 gilt ICD-10-GM 2013 (German Modification), Seit Juni 2018 ICD-11	Seit 2000 DSM-IV TR (Text Revision) Seit 2013 DSM-5



DERZEITIGE KLASSIFIKATIONSSYSTEME

- ICD-10 und DSM-IV/5 versuchen auf interpretative Einteilungsaspekte zu verzichten, sondern definierte Kriterien auf der Symptom- und Syndromebene heranzuziehen
- Zusätzlich Berücksichtigung von zeitlichen Aspekten, Schweregradunterscheidungen, Ein- und Ausschlusskriterien
- Geringes Abstraktionsniveau
- Merkmale sollen beobachtungs- und verhaltensnah sein
- Komorbiditätsprinzip (so viele Diagnosen möglich bis die gesamte Symptomatik des Patienten abgebildet ist)

→ **Wie häufig sind Komorbiditäten?**

→ **Mehr als 1/3 haben mehrere Diagnosen** (Wittchen & Jacobi, 2012)



DERZEITIGE KLASSIFIKATIONSSYSTEME

Erfüllung folgender diagnostischer Prinzipien:

- I. Schaffung deskriptiver diagnostischer Kategorien
- II. Formulierung operationaler Diagnosekriterien
- III. Komorbiditätsprinzip
- IV. Bereitstellung diagnostischer Achsen
- V. Orientierung an bestehende Symptomatik



ZIELE IN DER KLINISCHEN PRAXIS

- Verbesserung der Kommunikation zwischen Klinikern
- Reduktion der Komplexität
- Grundlage der klinisch-psychiatrischen Ausbildung
- Grundlage für Indikationsstellung
- Einleitung von Behandlungsmassnahmen
- Überprüfung des Therapieerfolgs
- Grundlage für kurzfristige und langfristige Prognosen
- Entlastung für den Patienten durch Zugehörigkeitsgefühl, Sichverstandeneffühlen (ich bin nicht alleine mit diesem Problem)



ZIELE IN DER FORSCHUNG

- Charakterisierung von Störungsgruppen in Therapiestudien
- Fallindikation in epidemiologischen Studien
- Diagnostik stellt Grundlage für Untersuchungen zu Verlauf und Ätiologie von Störungen dar
- Grundlage in Therapiestudien zur Überprüfung der Wirksamkeit von psychotherapeutischen Interventionen
- Verbesserung der Kommunikation von Forschungsergebnissen



Kapitel V **Psychische und Verhaltensstörungen**

(F00-F99)

Dieses Kapitel gliedert sich in folgende Gruppen:

F00-F09 Organische, einschließlich symptomatische psychische Störungen

F10-F19 Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen

F20-F29 Schizophrenie, schizotype und wahnhafte Störungen

F30-F39 Affektive Störungen

F40-F48 Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen

F50-F59 Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen und Faktoren

F60-F69 Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen

F70-F79 Intelligenzstörung

F80-F89 Entwicklungsstörungen

F90-F98 Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend

F99-F99 Nicht näher bezeichnete psychische Störungen



- Kapitel V enthält 100 dreistellige diagnostische Hauptkriterien
- Psychische Störungen werden mit dem Buchstaben F und einer max. 5stelligen Ziffernfolge kodiert
- Die Ziffern 4 und 5 dienen einer differenzierten Beschreibung der Störung
- Komorbide Störungen werden nebeneinander kodiert
- Für die Psychotherapie sind in erster Linie F3 bis F6 von Bedeutung



Fokus der Psychotherapie liegt auf:

ICD

F30-F39 Affektive Störungen

F40-F48 Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen

F50-F59 Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen und Faktoren

F60-F69 Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen



Kodierungsbeispiele:

ICD

	Depressive Störung	
Zweistellig	F 3	Affektive Störung
Dreistellig	F 32	Depressive Störung
Vierstellig	F 32.1	Mittelgradige depressive Episode
Fünfstellig	F 32.11	Mit somatischen Symptomen

	Angststörung	
Zweistellig	F 4	Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen
Dreistellig	F 40	Phobische Störung
Vierstellig	F 40.0	Agoraphobie
Fünfstellig	F 40.01	Mit Panikstörung



- Deskription statt Interpretation
- Operationalisierung durch spezifizierte zeitliche und inhaltliche Kriterien
- Stärkere Betonung von offen erfassbaren Verhaltensweisen
- Keine Klassifikation von Individuen, sondern von Störungen, die bei Personen vorliegen

➔ Die gleiche psychische Störung bedeutet nicht zwangsläufig gleiche Ätiologie und Behandlungsindikation!



- DSM dient als Ersatz und/ oder Ergänzung zur ICD
- DSM beinhaltet genauere Kriterien als ICD
- DSM berücksichtigt geschlechtsspezifische Unterschiede
- Multiaxiale Einteilung: Achse I bis V (im DSM-IV)



Achsen

DSM

- Achse I:** Klinische Störungen und andere klinisch relevante Probleme, hauptsächlich Zustandsstörungen, schwere mentale Fehlstörung und Lernunfähigkeiten
- Achse II:** Persönlichkeitsstörungen und geistige Behinderungen
- Achse III:** Medizinische Krankheitsfaktoren; körperliche Probleme, die für psychische Störung bedeutsam sein können
- Achse IV:** Psychosoziale und umgebungsbedingte Probleme
- Achse V:** Globale Beurteilung anhand der GAF-Skala



GAF Skala: Globale Erfassung des Funktionsniveaus

GAF

- Beurteilung der psychischen, sozialen oder beruflichen Funktionsbereiche
- Hypothetisches Kontinuum von psychischer Gesundheit bis Krankheit zwischen 0 und 100
- Beeinträchtigungen aufgrund von körperlichen oder umgebungsbedingten Einschränkungen werden nicht bewertet
- Fokus liegt auf dem aktuellen Funktionsniveau
- GAF sinnvollerweise bei Aufnahme und Entlassung erheben
- Wert gibt Funktion in Prozent an



Code

(Benutzen Sie auch entsprechende Zwischenwerte, z.B: 45, 68, 72)

100-91% = Hervorragende Leistungsfähigkeit in einem breiten Spektrum von Aktivitäten; Schwierigkeiten im Leben scheinen nie außer Kontrolle zu geraten; keine Symptome.

90-81% = Keine oder nur minimale Symptome (z.B. leichte Angst vor einer Prüfung), gute Leistungsfähigkeit in allen Gebieten, interessiert und eingebunden in ein breites Spektrum von Aktivitäten, sozial effektiv im Verhalten, im allgemein zufrieden mit dem Leben, übliche Alltagsprobleme oder -sorgen (z.B. nur gelegentlicher Streit mit einem Familienmitglied).

80-71% = Wenn Symptome vorliegen, sind dies vorübergehende oder zu erwartende Reaktionen auf psychosoziale Belastungsfaktoren (z.B. Konzentrationsschwierigkeiten nach einem Familienstreit); höchstens leichte Beeinträchtigung der sozialen beruflichen und schulischen Leistungsfähigkeit (z.B. zeitweises Zurückbleiben in der Schule).



Code (Benutzen Sie auch entsprechende Zwischenwerte, z.B: 45, 68, 72)

70-61% = Einige leichte Symptome (z.B. depressive Stimmung oder leichte Schlaflosigkeit ODER einige leichte Schwierigkeiten hinsichtlich der sozialen, beruflichen oder schulischen Leistungsfähigkeit (z.B. gelegentliches Schuleschwänzen oder Diebstahl im Haushalt), aber im allgemeinen relativ gute Leistungsfähigkeit, hat einige wichtige zwischenmenschliche Beziehungen.

60-51% = Mäßig ausgeprägte Symptome (z.B. Affektverflachung, weitschweifige Sprache, gelegentliche Panikattacken) ODER mäßig ausgeprägte Schwierigkeiten bezüglich der sozialen, beruflichen oder schulischen Leistungsfähigkeit (z.B. wenige Freunde, Konflikte mit Arbeitskollegen, Schulkameraden oder Bezugspersonen).

50-41% = Ernste Symptome (z.B. Suizidgedanken, schwere Zwangsrituale, häufige Ladendiebstähle) ODER eine Beeinträchtigung der sozialen, beruflichen und schulischen Leistungsfähigkeit (z.B. keine Freunde, Unfähigkeit, eine Arbeitsstelle zu behalten).



Code

(Benutzen Sie auch entsprechende Zwischenwerte, z. B: 45, 68, 72)

40-31% = Einige Beeinträchtigungen in der Realitätskontrolle oder der Kommunikation (z.B. Sprache zeitweise unlogisch, unverständlich oder belanglos) ODER starke Beeinträchtigung in mehreren Bereichen, z B. Arbeit oder Schule, familiäre Beziehungen, Urteilsvermögen, Denken oder Stimmung (z.B. ein Mann mit einer Depression vermeidet Freunde, vernachlässigt seine Familie und ist unfähig zu arbeiten; eine Kind schlägt häufig jüngere Kinder, ist zu Hause trotzig und versagt in der Schule).

30-21% = Das Verhalten ist ernsthaft durch Wahnphänomene oder Halluzinationen beeinflusst ODER ernsthafte Beeinträchtigung der Kommunikation und des Urteilsvermögens (z.B. manchmal inkohärent, handelt grob inadäquat, starkes Eingenommensein von Selbstmordgedanken ODER Leistungsunfähigkeit in fast allen Bereichen (z.B. bleibt den ganzen Tag im Bett, hat keine Arbeit, kein Zuhause und keine Freunde).



Code

(Benutzen Sie auch entsprechende Zwischenwerte, z. B: 45, 68, 72)

20-11% = Selbst- und Fremdgefährdung (z.B. Selbstmordversuche ohne eindeutige Todesabsicht, häufig gewalttätig, manische Erregung) ODER ist gelegentlich nicht in der Lage, die geringste Hygiene aufrechtzuerhalten (z.B. schmiert mit Kot) ODER grobe Beeinträchtigung der Kommunikation (größtenteils inkohärent oder stumm).

10-1% = Ständige Gefahr, sich oder andere schwer zu verletzen (z.B. wiederholte Gewaltanwendung) ODER anhaltende Unfähigkeit, die minimale persönliche Hygiene aufrechtzuerhalten ODER ernsthafter Selbstmordversuch mit eindeutiger Todesabsicht.

0 = Unzureichende Informationen



DSM-IV versus DSM 5

- Veröffentlichung 2013
- Grundsätzliche Veränderungen:
 - kategoriale und dimensionale Einschätzungen (individuelle Abstufung von Schweregraden möglich: leicht, moderat, schwer)
 - Aufgabe des multiaxialen Systems
 - Einführung von neuen Risikosyndromen, um präventiv intervenieren zu können



DSM-IV versus DSM 5

- Änderungen auf Störungsebene:
 - schwere & leichte neurokognitive Störungen
 - Agoraphobie eigenständige Diagnose
 - Trauerreaktion kein Ausschlusskriterium für MD
 - neu: Binge Eating Störung, zwanghaftes Horten, disruptive Stimmungsregulationsstörung, Koffeinentzug usw.
 - Aktualisierung und Modifikation der Diagnosekriterien

DSM-IV versus DSM 5

- Befürchtungen: Inflation von Diagnosen, Pathologisierung alltäglicher Phänomene, Interesse der Pharmaindustrie
- ungenügende Transparenz und öffentliche Diskussion der Veränderungen





ICD-10 versus ICD-11

- stärkere Anlehnung an DSM
- detaillierte, kriterienorientierte Beschreibung der einzelnen Störungsformen
- Übernahme des Störungsbegriffs anstelle des Krankheitsbegriffs
- Erleichtert Einsatz in digitalen Anwendungen
- Höhere Komplexität, grosse Herausforderung



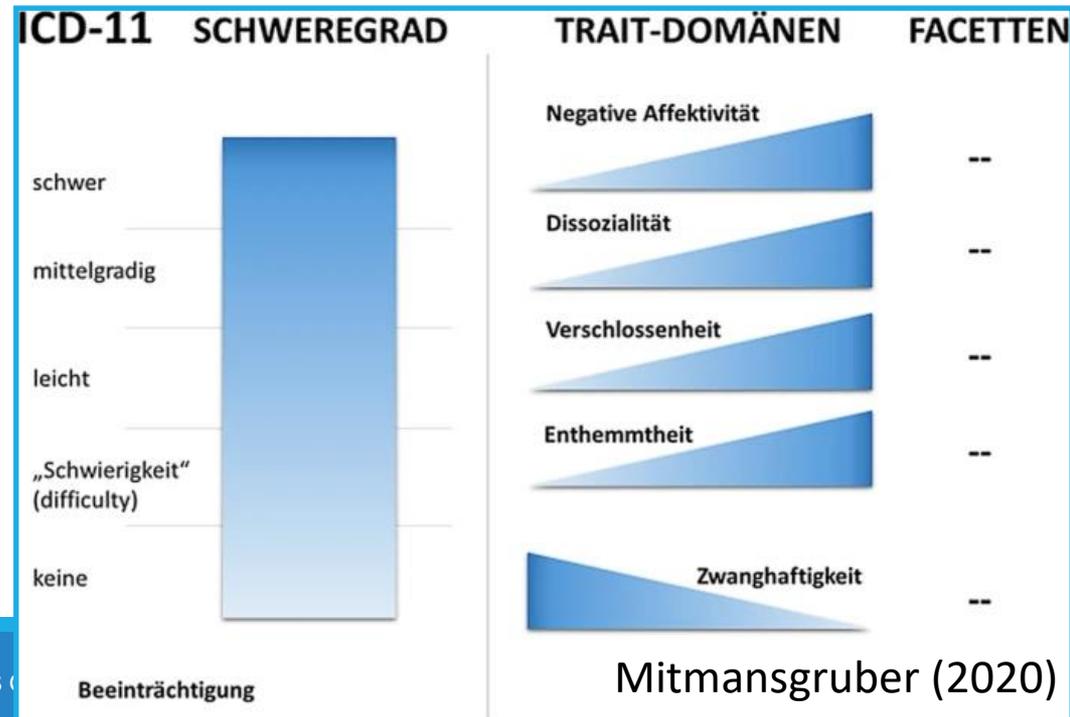
ICD-10 versus ICD-11

- Psychische Störungen Kapitel 06 (mental, behavioral or neurodevelopmental disorders)
- Beispielkodierung soziale Phobie: 6B04
- Wichtige weitere Kapitel 21 (Symptome, die anderswo nicht klassifiziert werden, bspw. Perfektionismus, überwertige Ideen) & Kapitel 24 (Faktoren, die den Gesundheitsstatus beeinflussen, z.B. Armut): M-Codes
- Vermutlich in 2 Jahren verbindlich einzusetzen

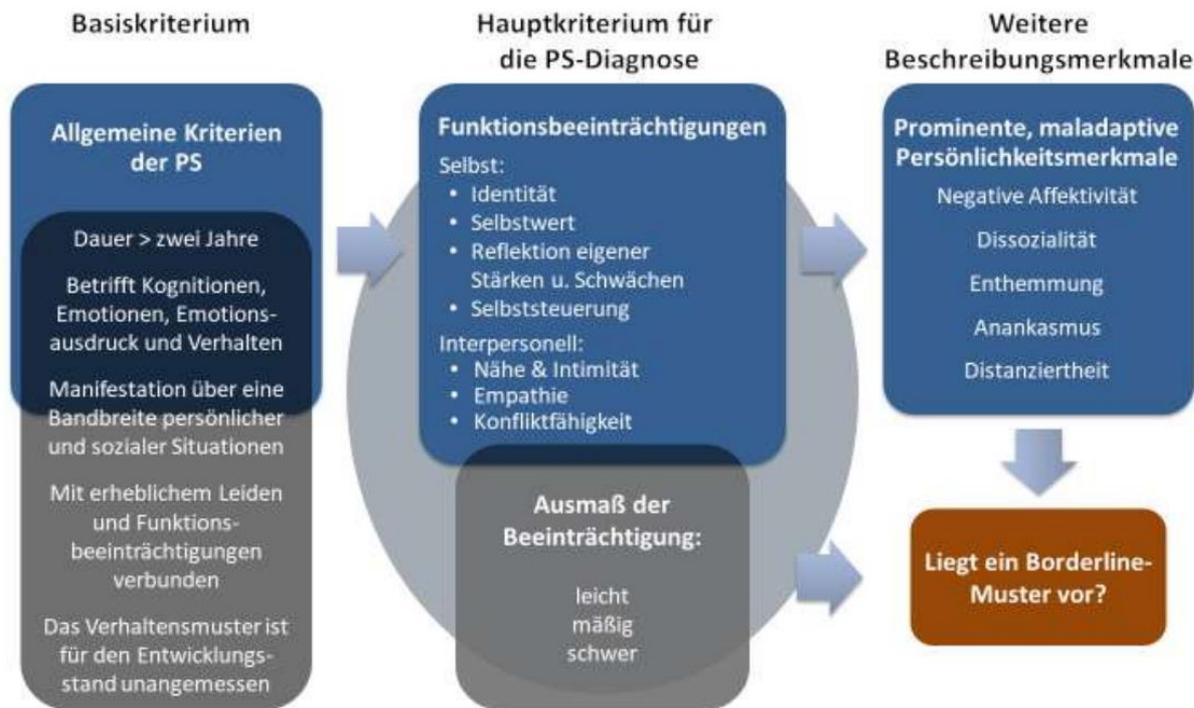


Dimensionale Klassifikation von Persönlichkeitsstörungen

- Jahrzehntelange Unzufriedenheit mit der kategorialen Klassifikation
- Beginn der Neudefinition von PS im DSM-5 (ausschliesslich im Anhang)
- Hybrid-Modell: Schweregradeinschätzung bei Empathie, Nähe, Selbststeuerung und Identität, sowie bei den Traitphänomenen negativer Affekt, Antagonismus, Verschlossenheit, Psychotizismus und Enthemmtheit
- In der ICD-11:
dimensionale Einschätzung auf 5 Dimensionen



Diagnostik einer Persönlichkeitsstörung nach ICD-11



Übersichtsarbeit

Patientinnen und Patienten mit Persönlichkeitsstörungen im ärztlichen Alltag

Implikationen aus der ICD-11

Sabine C. Herpertz, Isabella Schneider, Babette Renneberg, Antonius Schneider

Deutsches Ärzteblatt

| Jg. 119 | Heft 1-2 | 10. Januar 2022

Renneberg, B. (2022)



Praxisbezug: SCID

- Screening durch strukturierte oder teilstrukturierte Interviews, z.B. SCID
- Semistrukturiertes Interview (Endgültige Version 1996)
- Vorgabe der Reihenfolge der Fragen oder Sprungregeln
- Dient der Ableitung von ausgewählten DSM-IV Symptomen und Syndromen (Achse I und II)



Einführung

- SKID I = Achse I (Forschungsversion vs. Klinikerversion)
- SKID II = Achse II (Fragebogen, anschliessend Interview)
- Zuerst SKID I durchführen
- SCID-5 CV (2014, 2015) 10 Module: A. Affektive Episoden, B. Psychotische und Assoziierte Symptome, C. Differenzialdiagnose Psychotischer Störungen, D. Differenzialdiagnose Affektiver Störungen, E. Störungen durch Substanzkonsum, F. Angststörungen, G. Zwangsstörung und Posttraumatische Belastungsstörung, H. Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung - Erwachsene, I. Screening für andere aktuelle Störungen, J Anpassungsstörungen
- SCID-5 PD: Kriterien gleich geblieben, Fragen teilweise umformuliert



Einführung

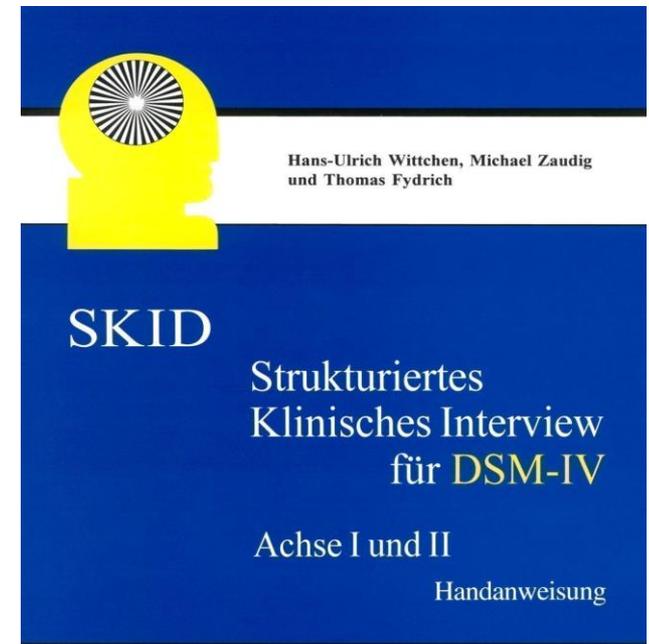
- Klinikerversion versus Forschungsversion
- Forschungsversion differenzierter
(Differentialdiagnostik, Identifikation vergangener
Episoden)
- Klinikerversion beinhaltet die häufigsten DSM
Diagnosen



Einführung

- Dauer SKID I ca. 100 Minuten
- flexibel: Sektionen überspringbar bei Nichtzutreffen
- ungeeignet bei:

schweren psychotischen Symptomen,
Agitiertheit, kognitiven Einbussen u.ä.



Hans-Ulrich Wittchen, Michael Zaudig
und Thomas Fydrich

SKID

Strukturiertes
Klinisches Interview
für DSM-IV

Achse I und II

Handanweisung

 Hogrefe



Übersicht aller Diagnosen

- **SEKTION A & D = Affektive Störungen**

Bipolar I, Bipolar II, Major Depression, Dysthymie, Depression NNB, Affektive Störung aufgrund Krankheitsfaktor, Substanzinduzierte Affektive Störung

- Art und Schweregrad, Verlaufsform (einzelne Episode, rezidivierende Episode, saisonales Muster usw.)
- Chronologie: früher versus später Beginn
- Remission: keine Remission, Teilremission, Vollremission



Übersicht aller Diagnosen

- **SEKTION B & C = Psychotische Störungen:**

Schizophrenie, Schizophreniforme Störung, Schizoaffektive Störung, Wahnhafte Störung, Kurze Psychotische Störung, Psychotische Störung aufgrund Krankheitsfaktor, Substanzinduzierte Psychotische Störung, Psychotische Störung NNB

- Art und Schweregrad, Verlaufsform

- Chronologie; Remission: keine Remission, Teilremission, Vollremission



Übersicht aller Diagnosen

- **SEKTION E = Störungen durch psychotrope Substanzen/
Substanzmissbrauch und Substanzabhängigkeit:**
Alkohol, Sedativa, Cannabis, Opiate, Stimulantien, Kokain,
Halluzinogene, Polytoxikomanie
- Remission: kurze Vollremission/Teilremission, anhaltende
Vollremission/ Teilremission
- Subtypus: mit/ohne physiologischer Abhängigkeit, Therapie
mit Agonisten, in kontrollierter Umgebung



Übersicht aller Diagnosen

- **SEKTION F = Angststörungen:**

Panikstörung, Agoraphobie, Soziale Phobie, Spezifische Phobie, Zwangsstörung, PTBS, Generalisierte Angst, Angststörung aufgrund Krankheitsfaktor, Substanzinduzierte Angststörung, Angst NNB

- Subtypus: mit Panikattacken, mit generalisierter Angst



Übersicht aller Diagnosen

- **SEKTION G = Somatoforme Störungen:**
Somatisierungsstörung, Schmerzstörung, Unspezifische Somatoforme Störung, Hypochondrie, Körperdysmorphie Störung
- **SEKTION H = Ess-Störungen:**
Anorexia Nervosa (restriktiver Typus, Binge Typus), Bulimia Nervosa (mit/ ohne Abführmittel), Störung mit Essanfällen
- **SEKTION I = Anpassungsstörung**
- Andere DSM-IV Achse I- Störung



Aufbau und Anwendung

- Interviewablauf:
 - *Kurzer Explorationsleitfaden: Überblick über frühere und derzeitige Symptome*
 - *Abfolge der Fragen bewusst gewählt, um Sektionen überspringen zu können*
 - *Diagnostisches Kriterium kodieren (nicht zwangsläufig Antwort des Patienten), Nachfragen zur Klärung erforderlich*
 - *lifetime (Bestand irgendwann Achse I Störung?) versus derzeitige Episode*



Aufbau und Anwendung

– *Nach jeder Sektion Informationen über zeitlichen Verlauf einholen (z.B. Alter bei Auftreten der Symptome, Dauer)*

– *Diagnostischer Index:*

1 = nicht vorhanden

2 = unterschwellig vorhanden

3 = voll ausgeprägt

? = unzureichende oder widersprüchliche Information,
Zusatzinformation nötig



Aufbau und Anwendung

Seitenaufbau

Kopfzeile: Diagnostische Sektion

Jede Sektion in Form von Buchstaben (A = Affektive Störung)

Fragen zur Sektion als Nummer (A1, A2 usw.)

Dreispaltige Einteilung

Links:

Fragen und Anweisungen

Mitte:

Kriterien

Rechts:

Kodiermöglichkeiten und Sprungbefehle



Beispielseite

	aspect of the traumatic event				

... what about having physical symptoms--like breaking out in a sweat, breathing heavily or irregularly, or your heart pounding or racing, when something reminded you of (TRAUMA)?	(5) physiological reactivity on exposure to internal or external cues that symbolize or resemble an aspect of the traumatic event	?	1	2	3
_____					E9

	AT LEAST ONE "B" SX IS CODED "3"		1		3
			1		E10
			GO TO *Panic*, E.9		



Aufbau und Anwendung

- Entscheiden, ob Symptome Krankheitsfaktor darstellt oder auf psychotrope Substanzen rückführbar sind
- Wichtig bei Affektiven Störungen und Angsterkrankungen
- 3 = Symptome sind keine direkte Folge einer Substanz oder GMC
- Wenn unklar, ob Syndrom unterschwellig oder NNB, besser NNB wählen



Aufbau und Anwendung

- Eingangsfrage: „Hatten Sie jemals...?“ → lifetime
- Danach: „Haben Sie derzeit oder in den vergangenen Wochen...?“ → derzeitige Episode
- Fragen in Klammern nur stellen, wenn nötig
- bei „eigener Ausdruck“ Worte des Patienten wiedergeben
- Teilweise zweiteilige Fragen, die mit „und“, bzw. „oder“ beantwortet werden



Do's and Dont's

- Zu Beginn Patient Erklärung geben
- Explorationsleitfaden verwenden
- Überblicksfragen verwenden
- Screening durchführen
- Eingangsfragen möglichst wörtlich übernehmen,
Zusatzfragen zur Klärung erlaubt



Do's and Dont's

- Sprache anpassen, Verständnis überprüfen
- Bei widersprüchlichen Informationen vorsichtig konfrontieren
- Zeitraum präzisieren (lifetime versus derzeitige Episode)
- Reihenfolge einhalten
- Keine Zwischenwerte verteilen: ausschliesslich 1, 2 oder 3



Do's and Dont's

- Explorationsgespräch in drei Teile gegliedert:
 1. Ausbildung, Beruf, derzeitige Lebenssituation
 2. Derzeitige Hauptprobleme und Störungsverlauf über die Lebensspanne („Was sind in Ihren Worten Ihre Hauptprobleme?“ = Schlüsselfrage)
 3. Screeningfragen



Zweiergruppe

- Vollständigen Beginn mit Explorationsfragen, Überblick & Screening
- Zwei Durchgänge
- Vorläufigen Eindruck des Patienten beschreiben & Verdachtsdiagnose stellen
- Zeit 75 Minuten



- Idealerweise zuerst SKID I durchführen
- SKID II Fragebogen ausfüllen lassen
- Antworten übertragen (Ja-Antworten und fragwürdige Nein-Antworten)
- Interviewnummern entsprechen den Fragebogennummern



- Mögliche Prüffragen:
 - Sie haben im Fragebogen angegeben, dass Sie leichter verletzbar sind als andere Menschen, erzählen Sie mir mehr darüber
 - Wie oft kommt das vor?
 - Sind Sie schon immer so gewesen?
 - Sehen Sie oder andere darin ein Problem?



SKID II

- Können Sie mir dafür ein besonders charakteristisches Beispiel nennen?
 - Passiert Ihnen das in verschiedenen Situationen?
 - Glauben Sie, dass Sie dieses Verhalten mehr als andere zeigen?
- ➔ ***Nicht alleine die Antwort im Fragebogen reicht aus, um Kriterium zu kodieren***
- ➔ ***Es muss eine klinische Entscheidung getroffen werden***



KRITIKPUNKTE

- Kriterium kodieren, nicht notwendig die Antwort des Patienten (wird nicht vermerkt, wie Entscheidung zustande kam)
- Teilweise suggestive Fragen
- Abwehr, Verfälschung, Ja-Sage Tendenz, Müdigkeit korreliert mit Verneinungen usw.
- Patienten haben oft Bedürfnis zu Beginn, ihr Herz auszuschütten



KRITIKPUNKTE

- Vorgehen phänomenologisch deskriptiv, keine Information über Lerngeschichte und Ätiologie
- Wahndefinition unzulänglich
- SCID-V: 150 Seiten, Umfang und Zeitaufwand
- Weitere Kritikpunkte?



VORTEILE UND NUTZEN

- Ambulante Studie zeigte, dass 88% der Patienten es als wertschätzend und kompetent wahrnehmen
- NetScid = Software, weniger Kodierungsfehler
- Deutlich verbesserte Objektivität, Reliabilität und Validität



Fallbeispiel Herr S.

Aufgabe an euch:

Versucht durch geeignete Fragen an den Patienten Hinweise auf die Diagnose zu bekommen. Idealerweise sammelt ihr Informationen, die für eine «kategoriale» und eine «dimensionale» Klassifikation relevant sind.

Danach Diskussion und Stellen einer «Verdachtsdiagnose» in Kleingruppen. Anschliessend Darstellung der Gruppenergebnisse im Plenum.



Übung GAF

Einschätzung des GAF Werts bei unserem Fallbeispiel



WRAP UP...





Pro – Argumente kategoriale Klassifikation

- Verbesserte Kommunikation durch klare Nomenklatur
- Sinnvolle Informationsreduktion → vereinfacht Informationsvermittlung
- Überzufällig gemeinsames Auftreten von bestimmten Symptomen
- Handlungsanleitung
- Empirisch überprüfbar → Weiterentwicklung möglich, Wissensakkumulation



Contra - Argumente

- Diagnostische Etiketten/ labels → Stigmatisierung
- Informationsverlust, Einzelfall wird zu wenig beachtet
- Verwechslung von Deskription und Erklärung
- Mangelnder praktischer Nutzen, da aus Diagnose keine spezifische Therapie folgt
- Mangelnde Reliabilität und Validität



Literatur

Laireiter (2001), Diagnostik in der Psychotherapie, *Psychotherapeut*, 46, 90-101.

Margraf, J. (2018). Klassifikation psychischer Störungen. In Margraf, J. & Schneider, S. (Hrsg.) *Lehrbuch der Verhaltenstherapie*. Springer Verlag.

Mitmansgruber, H. (2020). Die „neue“ Borderline-Persönlichkeitsstörung: Dimensionale Klassifikation im DSM-5 und ICD-11. *Psychotherapie Forum* 24, 89–99 (2020).

<https://doi.org/10.1007/s00729-020-00151-4>

Renneberg, B. (2022). *Diagnostik von Persönlichkeitsstörungen*. Vortrag Luzerner Psychiatrie.

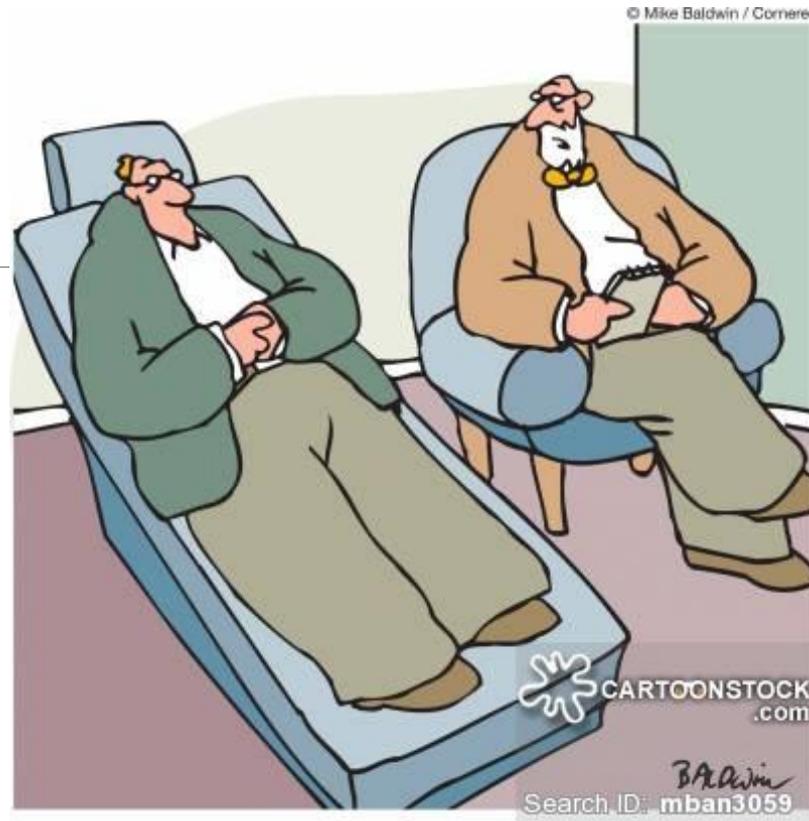
Schneider, W. & Freyberger, W. (2014). Diagnostik in der Psychotherapie. *Psychotherapeut*, 59, 6.

Wittchen, H.-U. (2006). Diagnostische Klassifikation psychischer Störungen. In Wittchen, H.-U., & Hoyer, J. (Hrsg.). *Klinische Psychologie und Psychotherapie*. Heidelberg: Springer-Verlag.

Wittchen, H.-U., & Jacobi, F. (2012). *Was sind die häufigsten psychischen Störungen in Deutschland?* Verfügbar unter

https://www.rki.de/DE/Content/Gesundheitsmonitoring/Studien/Degs/degs_w1/Symposium/degs_psychische_stoerungen.pdf?__blob=publicationFile

Wittchen, H.-U., Zaudig, M., & Fydrich, T. (1997). *Strukturiertes Klinisches Interview für DSM-IV*. Göttingen: Hogrefe.



“Your problems are caused by all-or-nothing thinking. It’s either that, or you don’t have any problems.”

Danke für Eure Aufmerksamkeit!!!