

Packen wir Menschen in Schubladen ?

Zu diagnostischen Begriffen in der Psychiatrie und Psychotherapie



Harald J. Freyberger

**Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und
Psychotherapie der Universitätsmedizin Greifswald**

pdf: freyberg@uni-greifswald.de

Gliederung des Vortrages

- A. Warum das ganze Theater ? Relevanz der Diagnostik
- B. Diagnostische Varianzquellen
- C. Historische und wissenschaftspolitische Aspekte
- D. Was ist operationalisierte Diagnostik ?
- E. Komorbidität und multiaxiale Klassifikation
- F. Dimensionale vs. kategoriale Diagnostik
- G. Hat die neue Form der Diagnostik
 - die Versorgungsrealität psychischer Störungen verbessert ?
 - zu einer Entstigmatisierung beigetragen ?

.. Es gibt einige Wahrnehmungsstereotype, die allein durch die schiere Quantität gleichzeitig enthaltener Wahrheit und Unwahrheit beeindrucken. Zu ihnen gehört die jedermann bekannte Tatsache, dass die Psychiater, die alten wie die jungen, alle miteinander, lustvoll klassifizieren und dass ihre Diagnostik aus einem Schubladensystem besteht. Bekannt ist ebenfalls, dass die Psychotherapeuten, die alten wie die neuen, vor allem die psychoanalytisch orientierten, diese Untugend überwunden haben und überhaupt nicht klassifizieren, sondern ausschliesslich das jeweils einmalige Individuum vor sich sehen...“.

S.O. Hoffmann, 1993

Die Antwort auf die gestellte Frage:

Packen wir die Menschen in Schubladen ?

Lautet also: ja und nein !

Und der Fragende muss ich die **Gegenfrage** gefallen lassen, inwieweit er Klischees bedient, die die lange Tradition der Stigmatisierung psychischer Patienten und Störungen fortsetzt.

Psychiatrische Klassifikationssysteme: Historische Entwicklung

Jahr	Systembezeichnung	Anmerkungen
1948	ICD-6	erste offizielle Klassifikation der WHO
1955	ICD-7	keine grundlegenden Änderungen geg. der ICD-6
1952	DSM-I	Definition der Kategorien, Beschreibung der Syndrome
1965	ICD-8	Erweiterung um neue Krankheitsgruppen; internationale Kooperation bei Entwicklung
1968	DSM-II	
1972	SLK	St. Louis Kriterien
1975	RDC	Research Diagnostic Criteria
1977	ICD-9	
1978	ICD-9-CM	ICD-9 klinische Modifikation
1980	DSM-III	erste offizielle Operationalisierung psychiatrischer Störungen, multiaxiale Klassifikation; Feldstudien vor Einführung
1987	DSM-III-R	offizielle Einführung des Komorbiditätsprinzips
1992	ICD-10	klinisch-diagnostische Leitlinien (deutsch), Feldstudien
1994	ICD-10 DSM-IV	Forschungskriterien (deutsch), Feldstudien
1996	DSM-IV	deutsche Bearbeitung
2013	DSM-5	

ICD: International Classification of Diseases der Weltgesundheitsorganisation (WHO)

DSM: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders der American Psychiatric Association (APA)

Psychiatrische Klassifikationssysteme: Historische Entwicklung und ihre Folgen

- im Zeitverlauf zunehmende Operationalisierung primär auf der Grundlage von Expertenentscheidungen
- Ausweitung des Störungsspektrums durch sinkende cut offs (z.B. affektive und Angststörungen, Trauer im DSM-5), Einbeziehung subsyndromaler Störungen (z.B. leichte kognitive Störung, Angst- und depressive Störung, gemischt) und Integration „neuer“ Erkrankungen (z.B. dissoziative Störungen und PTSD, transgender)
... begleitet von einer zunehmenden „Medikalisierung sozialer Prozesse“ (z.B. sexuelle Funktionsstörungen, „mobbing“, „burn out“)
- Ausweitung der Forschung auf profane Ereignisse und Prozesse (z.B. posttraumatische Belastungsstörung) mit Senkung diagnostischer Schwellen

Psychiatrische Klassifikationssysteme: Historische Entwicklung und ihre Folgen

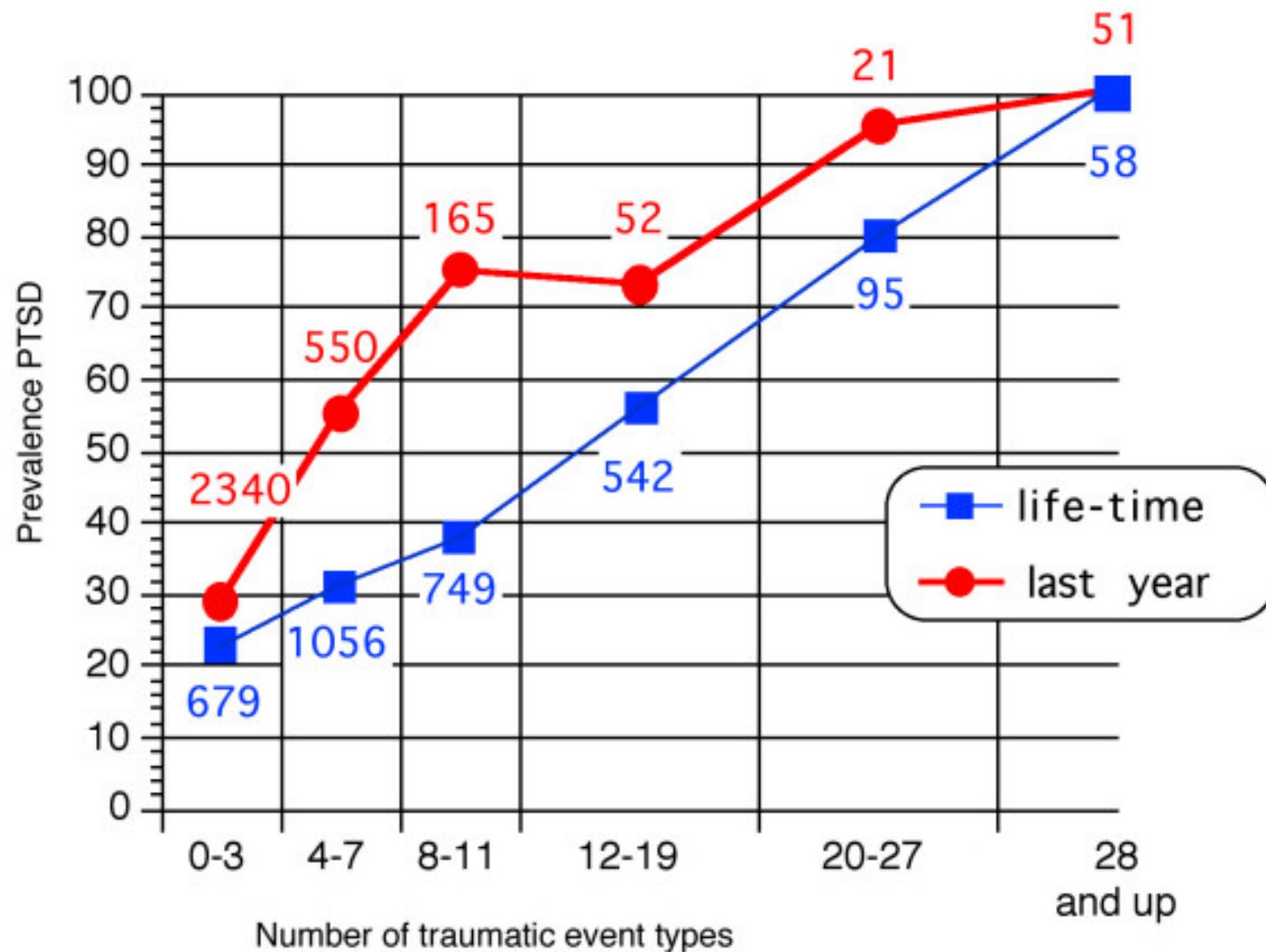
- aus den ursprünglichen Prototypen „haltlose Persönlichkeit“ (Frauen) und „Psychopathie“ (Männer) werden stark kulturabhängige Persönlichkeitsstörungen (z.B. narzisstische Persönlichkeitsstörung), die früh gescheiterte soziale Entwicklungsprozesse repräsentieren
- Wandel des Diagnosenspektrums in psychiatrischen Kliniken mit Gewinnung neuer Stichproben
- aus 5.000 zugelassenen Psychotherapeuten 1989 sind 24.000 geworden, die zu 80% soft psychiatric disorders behandeln

Beispiel PTSD-Ereignisfaktoren (%): Ist die Geburt schon ein Trauma ?

	Häufigkeit	PTSD
Vergewaltigung	5,5	55,5
Sexuelle Belästigung	7,5	19,3
Krieg	3,2	38,8
Waffengewaltandrohung	12,9	17,2
Körperliche Gewalt	9,0	11,5
Unfälle	19,4	7,6
Zeuge bei Unfall	25,0	7,0

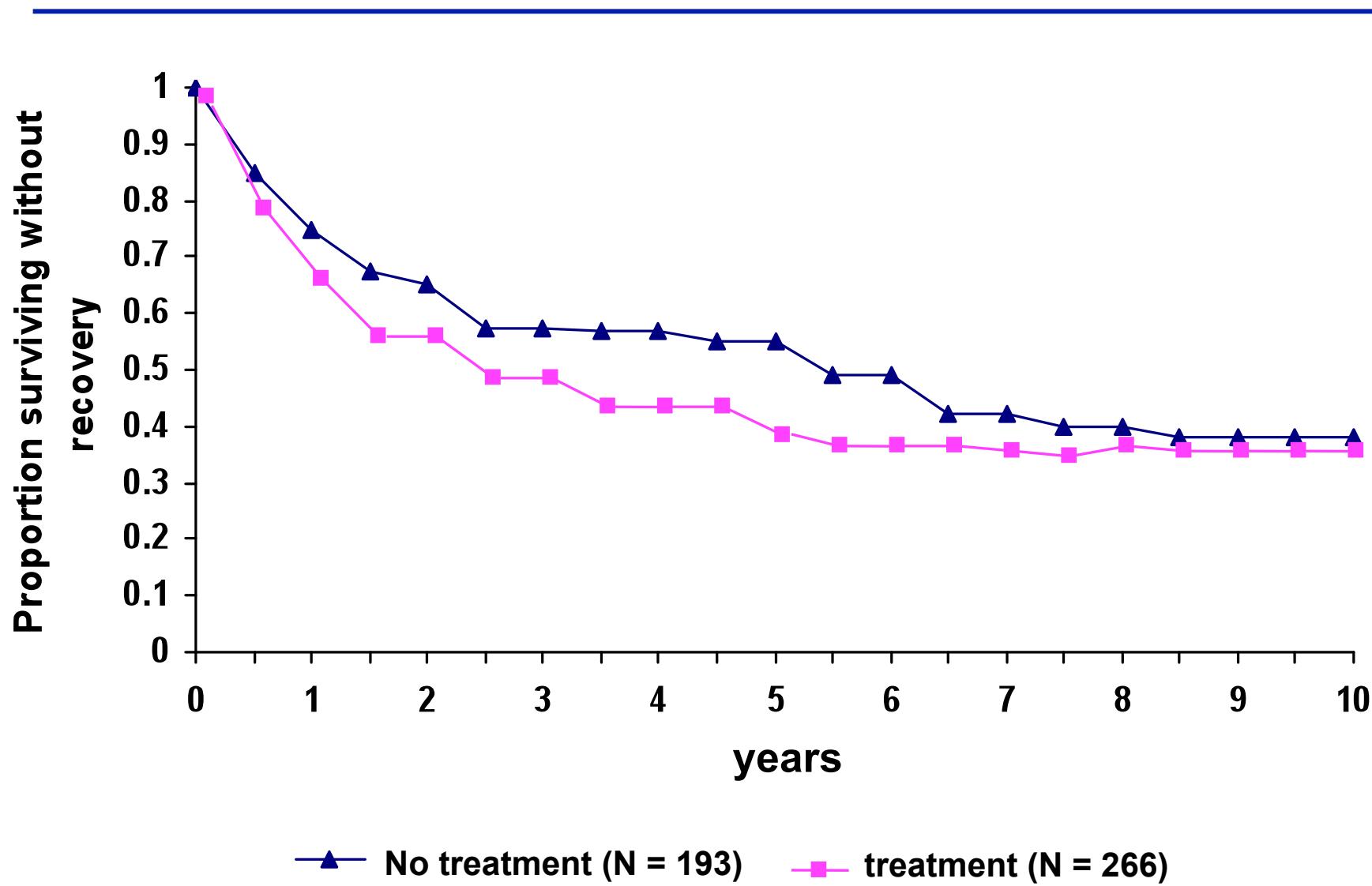
Breslau et al., 1998; Freyberger et al., 2011

Beispiel PTSD: Anzahl traumatischer Ereignisse und der Prävalenzanstieg



Neuner et. al, 2004

Zur Frage der Spontanremission (Kessler et al., 1995)



Ereignisfaktoren

- Unerwartetheit
- Dauer, Schweregrad
- Kontrollierbarkeit
- Interpersonelle Brutalität
- Sog. Debriefing

Risikofaktoren

- Alter bei Ereignis
- Geschlecht
- Frühere Traumata
- Frühere psychische Störungen
- Peritraumatische Dissoziation
- Psychosoziale Variablen

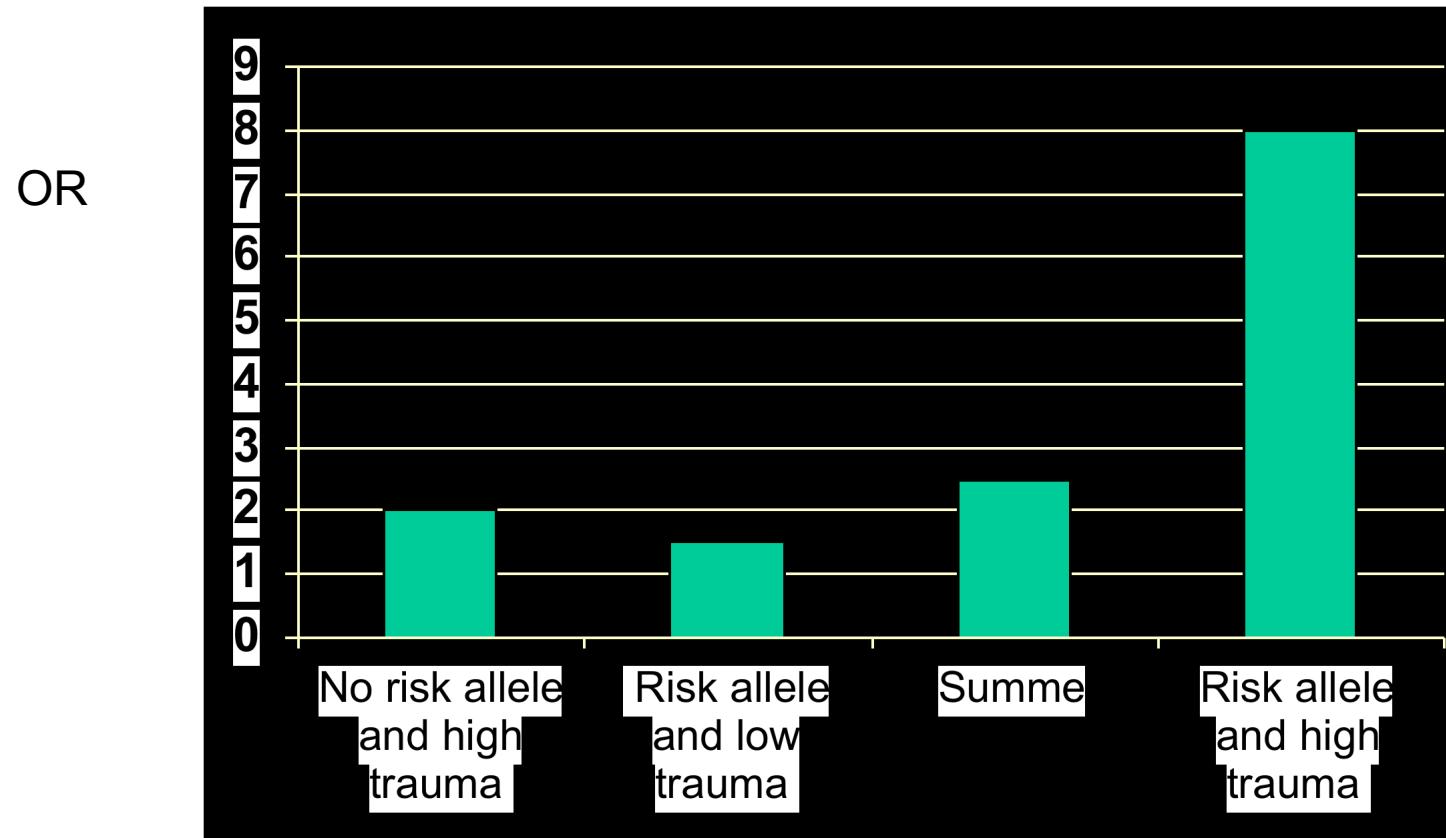
PTSD



Schutzfaktoren

- Kohärenzsinn
- Soziale Unterstützung
- Bewältigungsmechanismen

SLC6A4 x Trauma = Posttraumatic Stress Disorder (PTSD; 2x4 table) and depression



Relative Excess Risk due to Interaction (RERI) = 5.5 (95% CI: 0.8 - 18.3; $p<0.05$)*

2 LA-alleles versus 0 LA-alleles; *accelerated bootstrap approach with 10,000 bootstrap samples

Grabe HJ et al. (American Journal of Psychiatry, 2009)

Folgerungen:

Diagnostik erfordert nicht nur eine Beschreibung der Symptomatologie, sondern

- die Identifikation individueller Risiko-, Ereignis- und Schutzfaktoren, einschliesslich neurobiologischer Vulnerabilität und
- Prädiktive Verlaufsmerkmale für die Indikation und Dosierungsbestimmung von Behandlung

Warum eigentlich das ganze Theater ?

Relevanz einer reliablen und validen

Diagnostik psychischer Störungen

- Beschreibung der Erkrankungen zur
 - klinischen und wissenschaftlichen Kommunikation
 - Administration (z.B. Gesundheitsplanung und Abrechnung von Leistungen)
 - Konzept-, Ätiologie- und Pathogenesebildung
- Indikative Therapieentscheidungen (Was für wen in welcher Dosierung ?)
- Prognosebestimmung (z.B. Verlauf und Chronifizierungsrisiko) mit indikativen Behandlungskonsequenzen
- Nichterkennen und Fehldiagnostik führt zu teureren und komplizierteren Krankheitsverläufen

Die Krise der psychiatrischen Diagnostik (Saß, 1974)

- Labeling-Ansatz (u.a. Szasz, Basaglia, Kisker, Wulff)
- Stigmaforschung (u.a. Schizophrenie, Sucht, Hysterie)
- Neurobiologische bzw. psychopharmakologische Ausrichtung (z.B. Schweregradeinteilung der depressiven Störungen) mit industrieller Orientierung
- DSM = US-amerikanische Sprach- und Publikationsdominanz, ökonomische Dimension einer neuen Klassifikation
- Schulenauseinandersetzung zwischen der traditionellen Psychoanalyse und der Verhaltenstherapie
- US-UK-Studie zur Schizophrenie und zu schizoaffektiven Störungen

Reliabilität von Diagnosen psychischer Diagnosen vor (nach) Einführung operationalisierter Diagnosensysteme (Spitzer u. Fleiss, 1974; Freyberger et al., 2001)

Ebene	Bezeichnung	Kappa
Störungsgruppen	Organische Psychosen	.77 (.91)
	Intellektuelle Minderbegabung	.72 (.88)
	Alkoholismus	.71 (.93)
	Schizophrenie	.57 (.78)
	Affektive Erkrankungen	.41 (.82)
	Neurosen	.40
	- neurotische Depression	.26 (.77)
	- Angstneurose	.29 (.81)
	- Hysterie	.28 (.78)
	Persönlichkeitsstörungen	.32 (.91)

Kappa: zufallskorrigierte Übereinstimmung zwischen Ratern

Diagnostische Varianzquellen

Subjekt- bzw. Situationsvarianz (Untersuchung zu zwei Zeitpunkten mit unterschiedlichen Krankheitszuständen bzw. -stadien befindet: Zeitstabilität psychischer Störungen)

Informationsvarianz (unterschiedliche Informationen zum Patienten stehen zur Verfügung: Befunderhebung)

Beobachtungsvarianz (unterschiedliche Urteile und Bewertungen über Vorhandensein und Relevanz der Symptome: Trainingsseminare)

Kriterienvarianz (Verwendung unterschiedlicher Kriterien für die Diagnose derselben Störung: Operationalisierung)

Die Diagnostikerin/der Diagnostiker

- Die Reliabilität sinkt mit höherem Lebensalter und Zunahme der Berufserfahrung in Jahren
- Die Reliabilität steigt mit den Trainingsanstren-gungen, wobei die Halbwertszeit etwa bei 2 Jahren liegt („booster-sessions“)
- Es kommt zu individualisierten systematischen Verzerrungen („Lieblingsdiagnose“ vs. „aversive Diagnosen“, labeling therapiewidrigen Verhaltens, z.B. Hysterie)
- Komorbidität wird überzufällig häufig nicht identifiziert („ganzheitliches Bild“)

Systematik psychiatrischer Informationserhebung

Informationserhebung	Beispiel	Fehlerquelle und Probleme
Klinisches Interview		<ul style="list-style-type: none">• Unvollständige Erhebung• Informationsvarianz• Beobachtungsvarianz
Checkliste	IDCL	<ul style="list-style-type: none">• Informationsvarianz• Beobachtungsvarianz
Halbstrukturiertes Interview	AMDP-Interview	<ul style="list-style-type: none">• Beobachtungsvarianz
Strukturiertes Interview	SKID-I SKID-II IPDE	<ul style="list-style-type: none">• Beobachtungsvarianz
Standardisiertes Interview	CIDI/DIA-X	<ul style="list-style-type: none">• Nicht alle Störungsgruppen gut abbildbar (z.B. Schizophrenie)

Kennzeichen von ICD-10 und DSM-5

- Keine theoretischen Implikationen (atheoretischer deskriptiver Ansatz) ?
 - Auflösung des Neurosen- und Endogenitätsmodells vs. biologische Einteilung z.B. der affektiven Störungen
 - Expansive und passive Persönlichkeitsstörungen
 - kaum Relevanz für die Indikation und die Durchführung von Psychotherapien
- keine umfassende Darstellung des gegenwärtigen Wissensstandes über Störungen
- Zusammenstellung von Symptomen und Kommentaren in Übereinstimmung mit Experten aus verschiedenen Ländern (Konvention)
- Reliabilität vor Validität

Grundgedanke der Operationalisierung

Die Diagnose D ist nur zu stellen, wenn

- die Merkmale M₁ - M_x vorhanden,
 - die Ausschlusskriterien A₁ - A_x ausgeschlossen und
 - die exakt definierten Verknüpfungsregeln R₁ - R_x erfüllt sind
-

Prinzip der operationalen Diagnostik

- Festlegung von
 - Symptom-,
 - Zeit- und
 - Verlaufskriterien
- Festlegung eines diagnostischen Algorithmus (Verknüpfungsregeln)
- Definition vorgeschalteter diagnostischer Eingangskriterien für Diagnosen mit hohem Stigmatisierungscharakter (Demenz, Schizophrenie, Persönlichkeitsstörungen)

Hauptkriterien

- gedrückte depressive Stimmung
- Interessenverlust, Freudlosigkeit
- Antriebsmangel, erhöhte Ermüdbarkeit

$\geq \text{W} 2$

+

$\geq \text{W} 2$

+

= 3

+

Nebenkriterien

- Verminderte Konzentration und Aufmerksamkeit
- Vermindertes Selbstwertgefühl und Selbstvertrauen
- Gefühle von Schuld und Wertlosigkeit
- Negative und pessimistische Zukunftsperspektiven
- Suizidgedanken / -handlungen
- Schlafstörungen
- Verminderter Appetit

$\Sigma = 4-5$

und

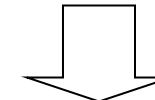
$\Sigma = 6-7$

und

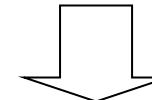
$\Sigma = 8-10$

und

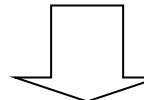
Symptome $\text{W} 2$ Wochen



leichte



mittel-
gradige



schwere

Depressive Episode

☞ „Depressive
Episode“ der
ICD-10

Schweregrad

Verlaufaspekte

ICD-10

mono-
phatisch
F 32.xx

rezi-
vierend
F 33.xx

bipolar
F 31.xx

ICD-10 Versionen und Begleittexte

ICD-10 Versionen Kurzfassung Klin-diagn. Leitlinien Forschungskriterien Taschenführer Primärversorgung Multiaxiales System	DIMDI (2001) Dilling et al. (1999) Dilling et al. (2000) Dilling & Freyberger (2001) Müssigbrodt et al. (2000) Siebel et al. (1997)
Tutorial	Malchow & Dilling (2001)
Crosswalks	Freyberger et al. (1993a,b) Schulte-Markwort et al. (2002)
Lexikon	WHO (2002)
Fallbücher	Freyberger & Dilling (1999) Dilling (2000) Zaudig et al. (2000)

Komorbidität - Relevanz für Praxis und Forschung

1. Klinisch-therapeutische Implikationen

- Der Verlauf und der Therapieresponse eines Patienten mit mehr als einer Diagnose kann sich unterscheiden von dem eines Patienten mit nur einer Diagnose
- Patienten mit mehr als einer Diagnose sind vermutlich auch die schwerer kranken Patienten (vgl. z. B. Angst und Vollrath, 1989).

2. Wissenschaftliche Implikationen

- Das gemeinsame Auftreten einer bestimmten Störung kann wichtige Hinweise auf die Ätiologie geben.
- Hierarchien können die Schätzung der Prävalenzraten der „ausgeschlossenen“ psychiatrischen Störungen beeinflussen (Kendler, 1988).

Depression in der Allgemeinarztpraxis (WHO-Studie) - Komorbidität

Alkoholerkrankung: 10 - 30%

Angst/Panik: 60 - 90%

Demenz: 30 - 40%

Herzinfarkt: 40 - 65%

Krebserkrankung: 5 - 59%

Diabetes: 10 - 20 %

Komorbiditätschlußfolgerungen somatischer Diagnosen für depressive Störungen

1. Höhere Einbußen an psychosozialen Funktionen und Lebensqualität
2. Schlechtere Behandelbarkeit
3. Kompliziertere Verläufe
4. Schlechtere Prognose
5. Mittlere Erhöhung des Sterblichkeitsrisikos um den Faktor 3 (Moderator: Metabolisches Syndrom)

Das Multiaxiale System der ICD-10 (WHO, 1992) weist 3 Achsen auf:

- I. Klinische Diagnosen
 - a. psychische Störungen bzw. Erkrankungen
 - b. Persönlichkeitsstörungen
 - c. Suchterkrankungen
 - d. somatische Störungen bzw. Erkrankungen
- II. Soziale Funktionseinschränkungen
(WHO Disability Diagnostic Scale-WHO-DDS)
- III. Umgebungs- und situationsabhängige Einflüsse
Probleme der Lebensführung und -bewältigung

Das multiaxiale System der Operationalisierten Psychodynamischen Diagnostik (OPD)

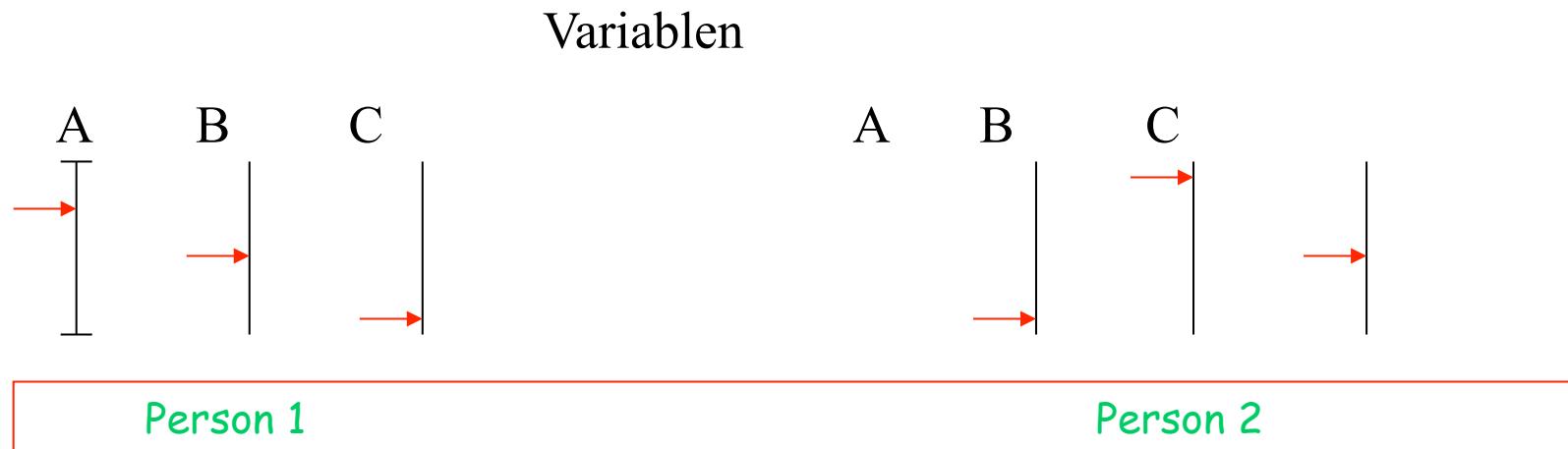
- Achse 1 - Krankheitserleben und Behandlungsvoraussetzungen
- Achse 2 - Habituelle und dysfunktionale Beziehungsmuster
- Achse 3 - Lebensbestimmende und Aktualkonflikte
- Achse 4 - Struktur
- Achse 5 - Psychische und psychosomatische Störungen nach ICD-10

Veränderungsmessung mit der OPD

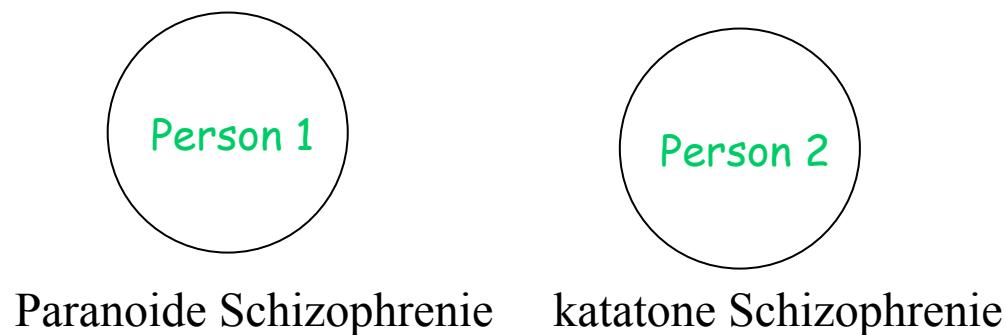
1. Reduktion der einzelnen Parameter (z.B. Beziehungs- und Konliktrelevanz, Ausmaß struktureller Störungen)
2. Integration
 - weiterhin lebensbestimmende Konlikte mit Reduktion des dysfunktionalen Charakters
 - struktureller Merkmale
 - dysfunktionaler Beziehungsmuster

Dimensional versus kategorial

1. dimensional

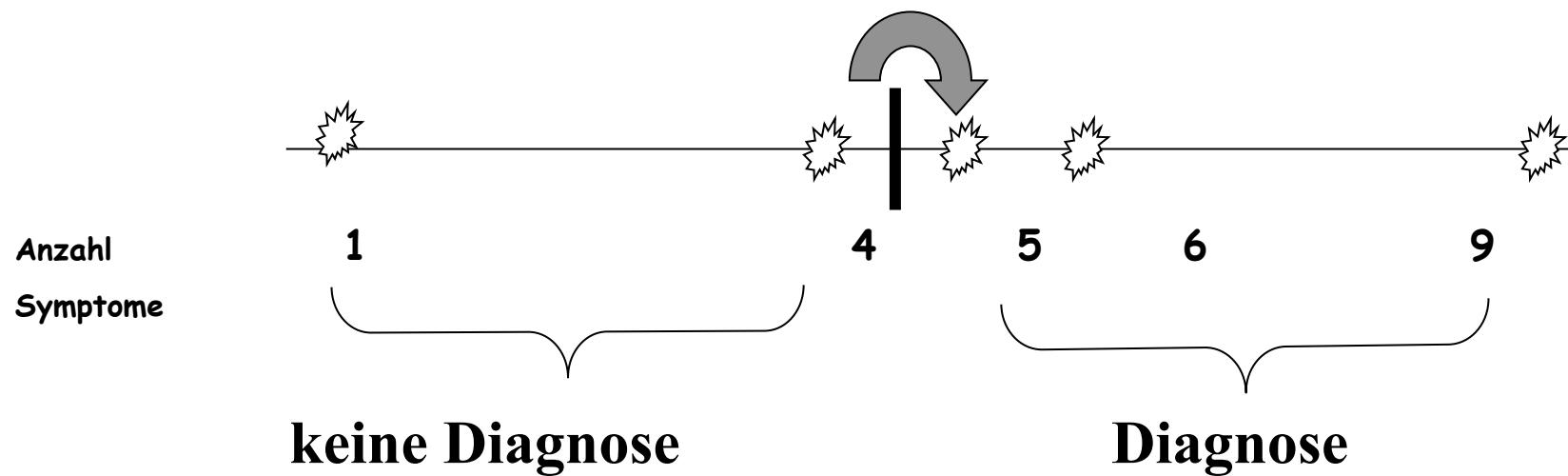


2. kategorial



Dimensional versus kategorial

Borderline Persönlichkeitsstörung



Borderline Persönlichkeitsstörung nach DSM-IV:

5 von 9 Kriterien

DGPPN-Befragung zur ICD-10

- Internetbefragung von 304 Teilnehmern mit einem mittleren Alter von 45.9 ($s = 8.7$), 34% Frauenanteil, mittlere Berufserfahrung von 17.4 Jahren ($s = 8.9$)
- Analoge Einschätzungen der diagnostischen Kategorien wie in den ICD-10 Feldstudien
- Identifikation des Veränderungsbedarfs

Ergebnisse der DGPPN-Befragung

Gegenüber den ICD-10 Feldstudien 1990 und 1994

- steigt die diagnostische Sicherheit in der Anwendung der Kategorien
- sinkt die Paßgenauigkeit diagnostischer Kategorien, d.h. ein höherer Anteil der Patienten wird sog. diagnostischen Restklassen zugeordnet ($> 25\%$)
- steigt der Anteil von Patienten auf $> 20\%$, für die hohe Übergangswahrscheinlichkeiten von einer in eine zweite diagnostische Kategorie angegeben werden

Kategoriale Anforderungen an ICD-11

Aufnahme der

- narzißtischen Persönlichkeitsstörung (n = 77)
- leichten kognitiven Beeinträchtigung (n = 50)
- dimensionalen Diagnostik für F4 und F6 (n = 32)
- Multiaxialen Diagnostik (n = 45)
- ADHS im Erwachsenenalter (n = 37)
- Komplexen PTSD (n = 21)
- Internet-Abhängigkeit (n = 20)
- Residualsymptomatik bei schweren und chronischen psychischen Störungen (Persönlichkeitsänderung) (n = 20)

Haben diese diagnostischen Ansätze die Identifikationsraten psychischer Störungen und die Behandlungsrealität verbessert ?

- Stabile Anzahl von Suiziden pro Jahr (ca. 8-10.000)
- Stabile Lebenszeitverkürzung durch schwere psychische Störungen (z.B. Schizophrenie, bipolare affektive Störung) von 12-15 Jahren bezogen auf nicht suizidale Prozesse, z.B. metabolisches Syndrom, schlechteres somatisches Inanspruchnahmeverhalten

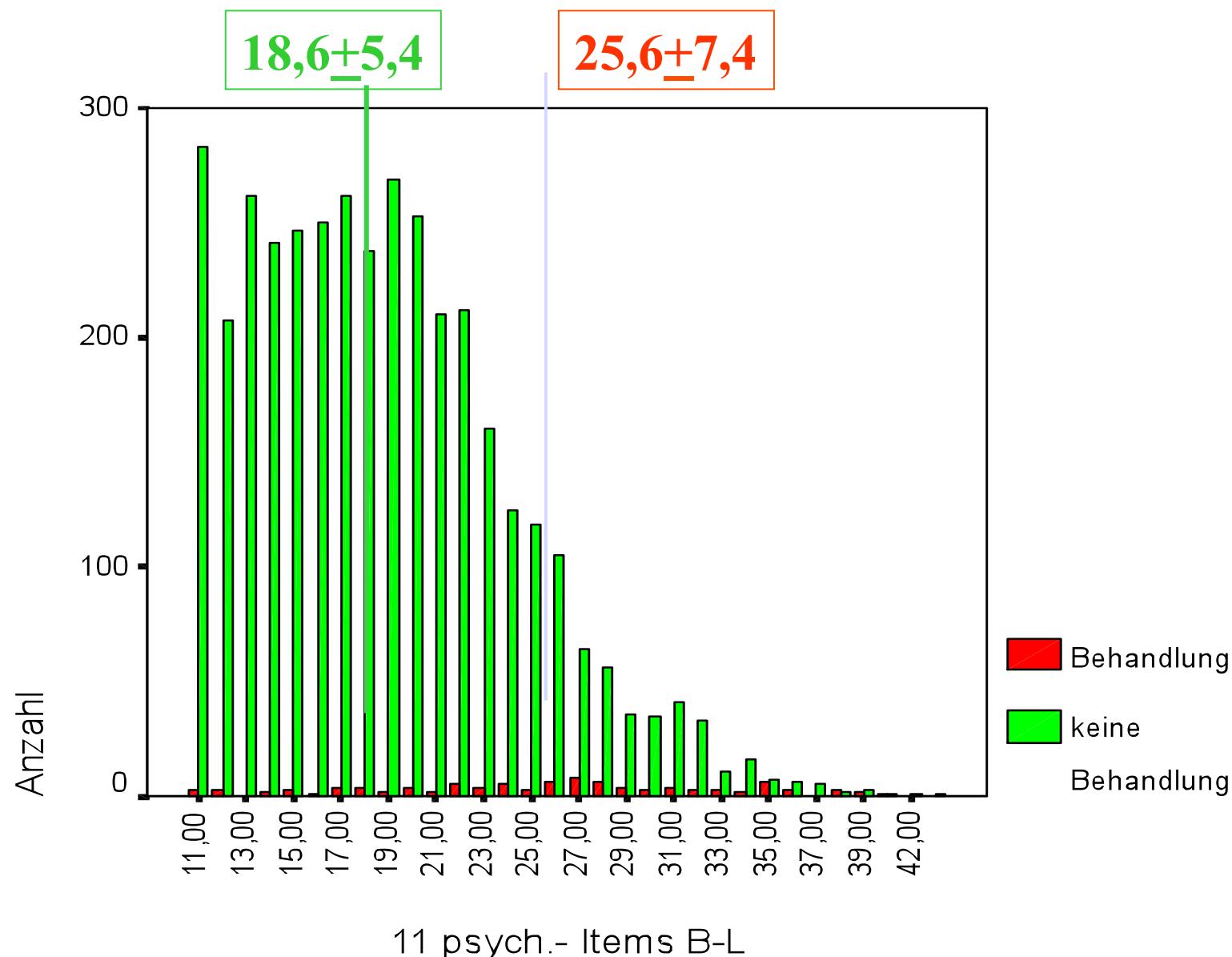
Versorgungsepidemiologie

- ca. 25% Häufigkeit behandlungsbedürftiger seelischer Störungen in der Allgemeinbevölkerung

Davon:

- ca. 96% in der Primärversorgung
- ca. 51% adäquat diagnostiziert
- ca. < 5% in psychiatrischer Therapie
- ca. < 3% stationär
- 7 Jahre Latenzzeit bis zur Therapie bei „soft psychiatric disorders“

Inanspruchnahmeverhalten in der CM-Basisstudie (n=4372)

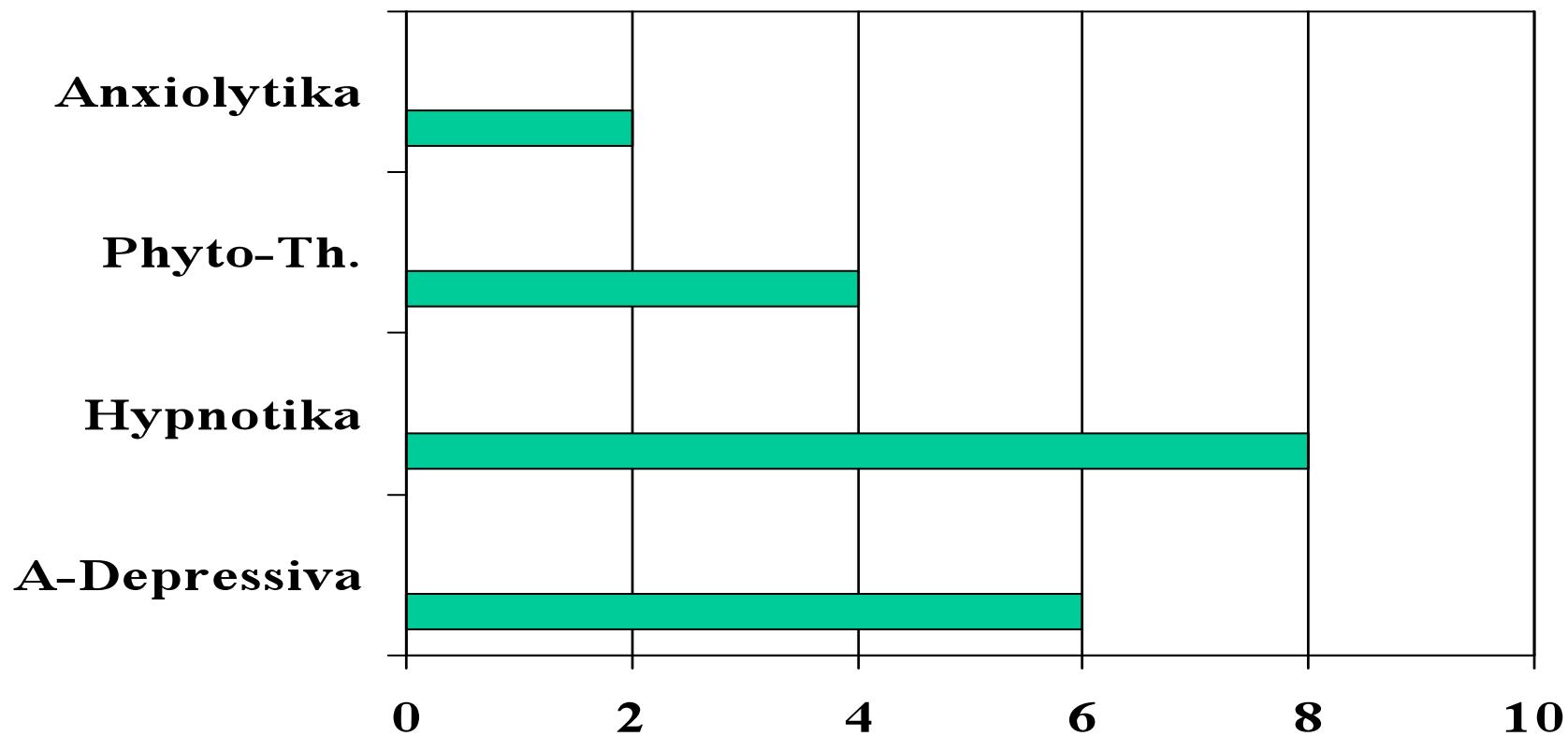


Depression in der Allgemeinarztpraxis (WHO-Studie 1996, CM-Replikation 2006)

8.6% Patienten mit depressiver Episode

- 14.5% „richtige“ Diagnosen gestellt
- 63% als psychische Störung erkannt
- 21% Diagnose Angst/Depression
- 20% pharmakologische Behandlung
- 6% wirksame Behandlung

Depression in der Allgemeinarztpraxis (WHO, CM) - Pharmakotherapie



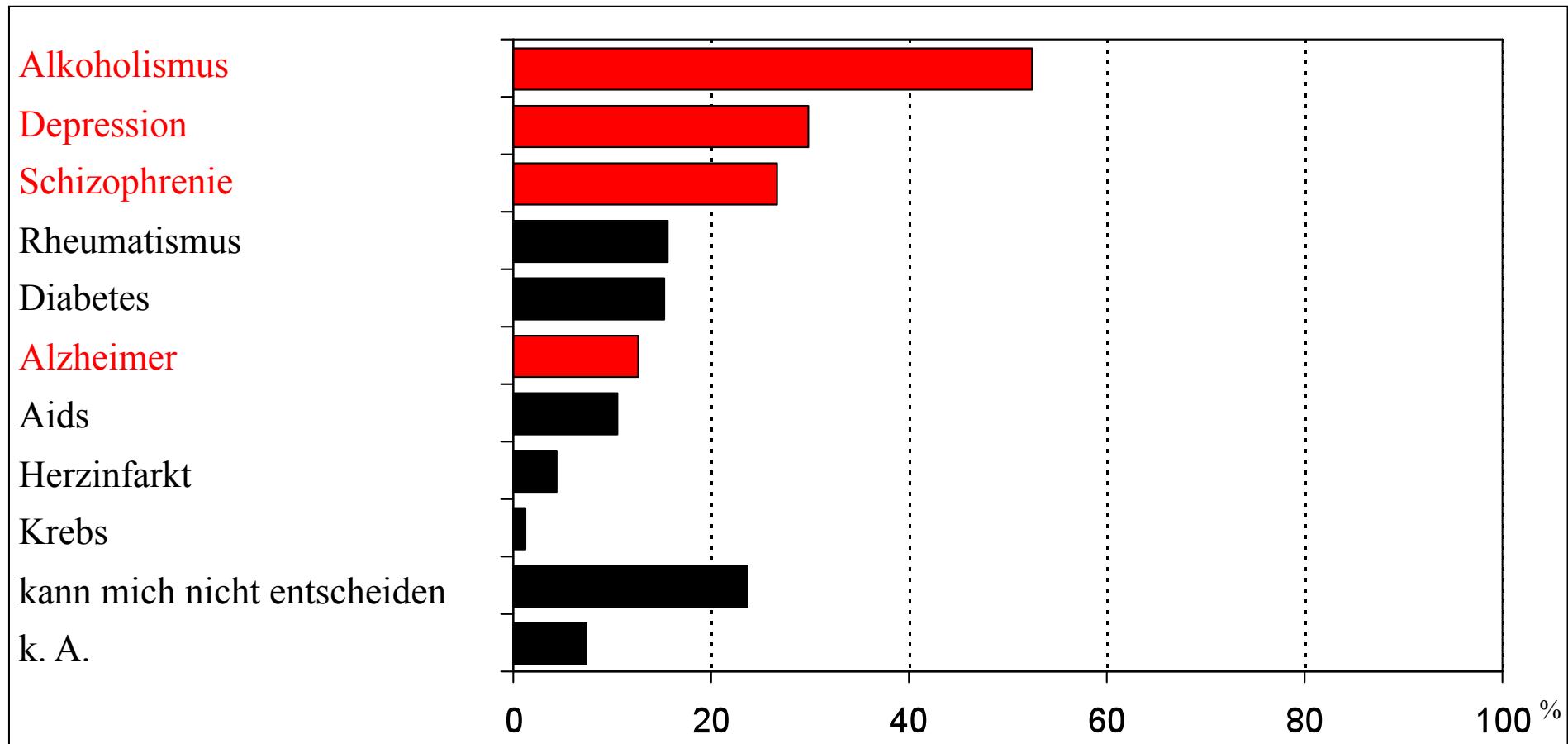
Haben diese diagnostischen Ansätze zu einer Entstigmatisierung der Psychiatrie und an psychischen Störungen leidender Patienten beigetragen ?

Einschätzung des Einsparungspotenzials bei der Krankenversorgung

Frage: „Angenommen, es müsste bei der Versorgung von Patienten mit bestimmten Krankheiten gespart werden. Nennen Sie bitte die drei Krankheiten, bei denen man Ihrer Meinung nach am ehesten Geld einsparen könnte.“

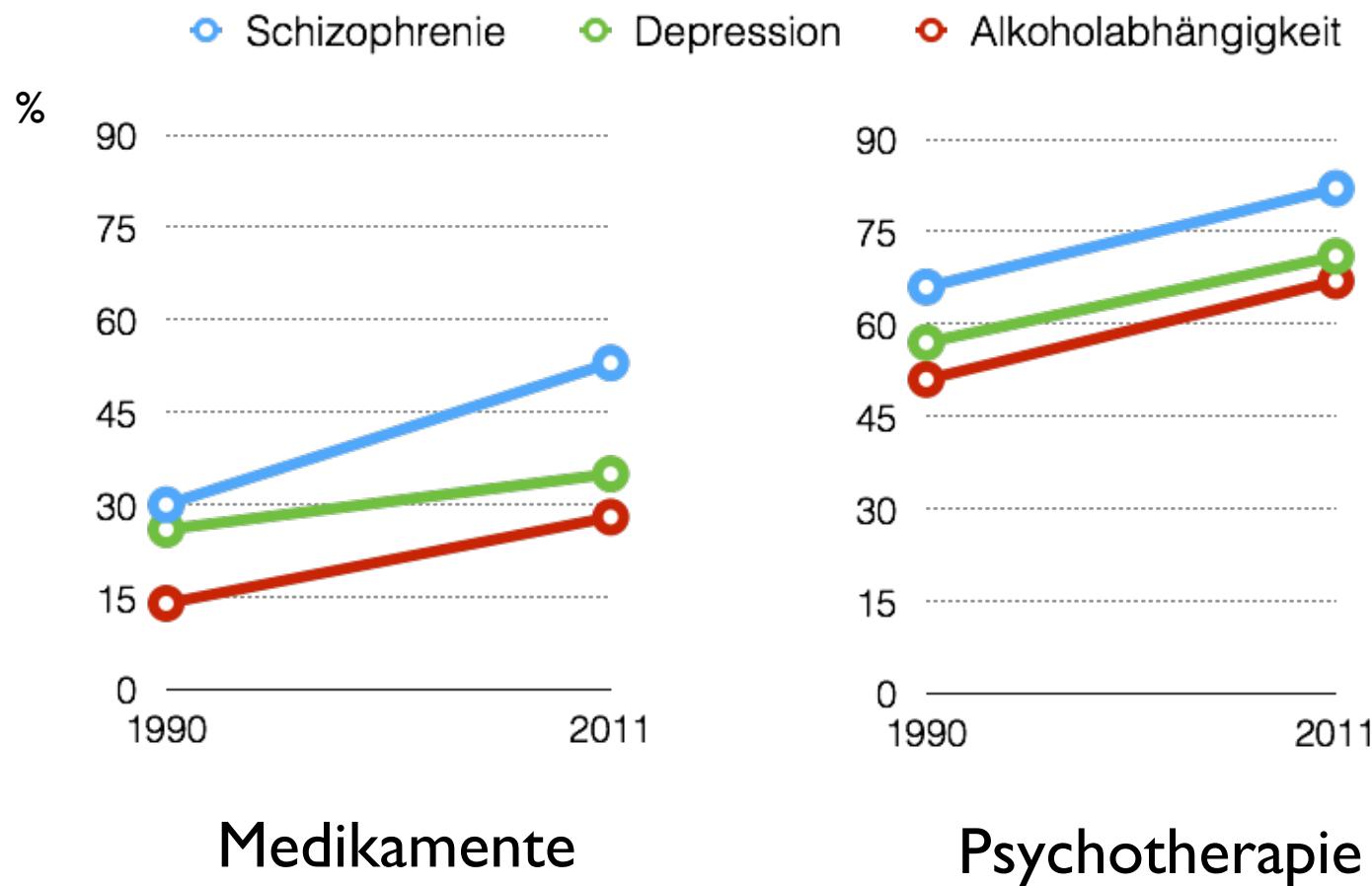
Bevölkerungserhebung in Deutschland 2004 (n=1012)

(Schomerus et al., Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol. 2006)



Behandlungsempfehlungen für psychisch kranke Menschen

Bevölkerungsbefragungen in Deutschland 1990 und 2011



Angermeyer, Matschinger & Schomerus, British Journal of Psychiatry 2013

Akzeptierte Gründe für eine Zwangseinweisung 1993-2011

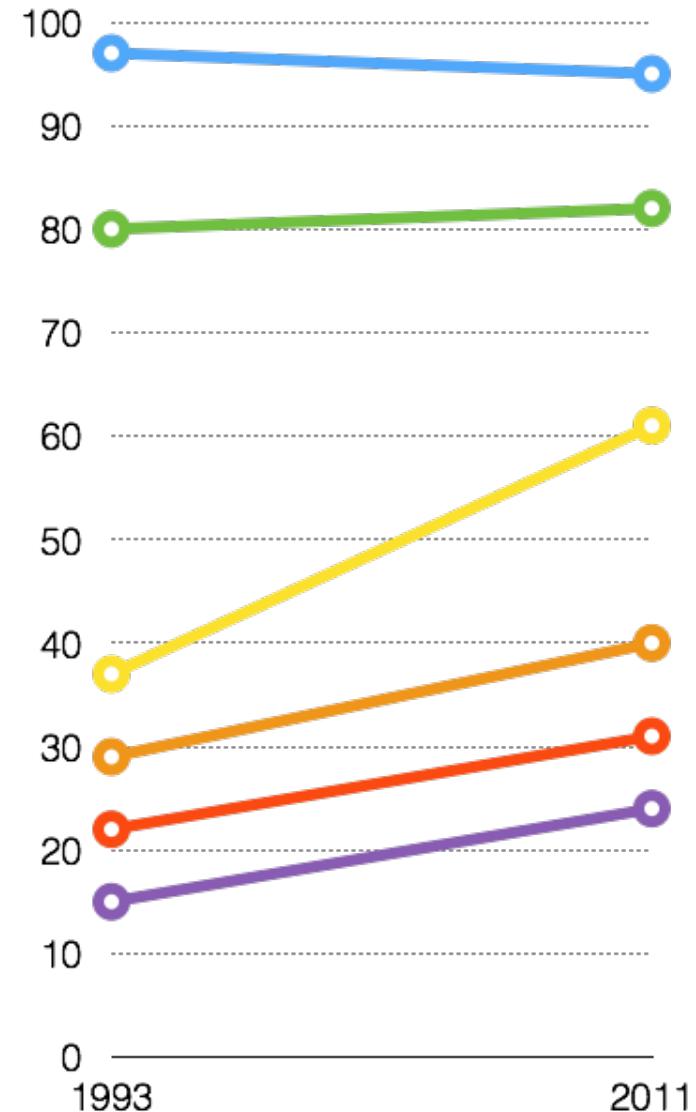
Bevölkerungsbefragungen in
den neuen Bundesländern

Prädizierte Antwortwahrscheinlichkeiten,
multinomiale logit Modelle kontrolliert für
Alter, Geschlecht und Bildungsstand

**Ein psychisch Kranker sollte auch
gegen seinen Willen eingewiesen
werden, wenn ...**

- ... er gegen andere tötlich wird
- ... er sich das Leben nehmen möchte
- ... er öffentlich Ärgernis erweckt
- ... er die verordneten Medikamente nicht einnimmt
- ... er sich immer mehr von seiner Umwelt zurückzieht
- ... die Familie es will

%
Zustimmung



Einfluss von Stigma auf die Bereitschaft, psychiatrische Hilfe in Anspruch zu nehmen

Bevölkerungserhebung in Deutschland 2007, n=1811

	B
Antizierte Diskriminierung	-0.030
Bedürfnis nach sozialer Distanz	-0.365***
Depressive Symptome (cont.)	0.006
Kein Kontakt (Ref.)	
Kennt jemanden	0.452***
Selbst in Behandlung	1.057***
Hauptschule (Ref.)	
Realschule	0.060
(Fach-)Hochschulreife	0.162
Alter (cont.)	-0.011***
Geschlecht (weiblich)	0.219*
Konstante	5.057***
R2 (%)	10.2

(Schomerus et al., Eur Arch Psych Clin Neurosc. 2009)

Vorstellungen der Allgemeinbevölkerung über die wichtigste Ursache einer Schizophrenie (ungelabelte Fallvignette, n=2464)

	Gesamt (n=2464)	“Schizophrenie” oder “Psychose” (n=554) %	“Psychische Krankheit” (n=1191) %	Andere (n=719) %
Erkrankung des Gehirns	32.2	41.2 ***	37.4 ***	16.8
Vererbung	10.0	10.1	8.5	7.9
Belastendes Lebensereignis	8.7	9.9	9.7	10.6
Drogen	6.5	7.0	6.1	6.8
Stress in Partnerschaft oder Familie	6.1	3.4 ***	4.5 ***	10.6

Schomerus et al., Psychiatry Research 2006, 144:233-236

Zur Diskussion

Etwa 70-80% aller psychiatrischen, psychotherapeutischen und psychosomatischen Behandlungen verlaufen mit sehr guter Response und beachtlichen Effektstärken. 20-30% der Patienten chronifizieren, verlassen das System, brechen die Therapie ab oder versterben.

Ein beachtlicher Teil der Varianz ($> 60\%$) wird durch dimensionale und kategoriale Diagnostik und den daraus ermittelten Schweregrad erklärt.

Schlußfolgerung ?

pdf: freyberg@uni-greifswald.de