

## » Klassifikatorische Diagnostik von Störungen durch psychotrope Substanzen

**Zusammenfassung:** Die klassifikatorische Diagnostik von Störungen durch psychotrope Substanzen hat durch die Veröffentlichung von ICD-10 und DSM-III, DSM-III-R und DSM-IV eine substanzielle Verbesserung erfahren. In dem Beitrag werden einige der konzeptuellen Veränderungen kritisch diskutiert und die Klassifikationskonzepte von ICD-10 und DSM-IV gegenübergestellt. Auf multiaxiale diagnostische Ansätze wird gesondert eingegangen.

**Schlüsselwörter:** ICD-10 – DSM-IV – OPD – Komorbidität – Multiaxiale Diagnostik

**The Classification of Disorders due to Psychoactive Substance Use:** The classification of disorders due to psychoactive substance use has been improved by the publication of ICD-10, DSM-III, DSM-III-R and DSM-IV. The paper provides an overview of the conceptual innovations including a cross-walk ICD-10 vs. DSM-IV and a discussion of multiaxial approaches.

**Key words:** ICD-10 – DSM-IV – OPD – Comorbidity – Multi-axial Diagnosis

### Einleitung

Klassifikatorische Suchtdiagnostik gehörte bis zur Veröffentlichung der neueren operationalisierten Klassifikationssysteme eher zu den vernachlässigten klinischen bzw. Forschungsbereichen [1,2,3]. Durch die Entwicklung von ICD-10 und DSM-III, DSM-III-R und DSM-IV wurden auch für den Suchtbereich wesentliche Forschungsentwicklungen angestoßen und dabei vor allem die Reliabilität und Validität der vorliegenden Klassifikationsansätze überprüft (vgl. zur ICD-10 auch [3–5]). Wesentlich stimuliert wurden die Forschungsbemühungen darüber hinaus durch breit angelegte epidemiologische Studien der 80er Jahre (z.B. [6]), durch versorgungsepidemiologische Untersuchungsansätze (z.B. [7]), die Komorbiditätsforschung (z.B. [8,9]) sowie schließlich die Entwicklung suchtspezifischer diagnostischer Instrumente, wie etwa dem Addiction Severity Index [10].

Harald J. Freyberger<sup>1</sup>, Rolf-Dieter Stieglitz<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie der Ernst-Moritz-Arndt Universität Greifswald im Klinikum Stralsund  
<sup>2</sup> Psychiatrische Universitätspoliklinik Basel

Im Folgenden sollen einige grundlegende Ansätze der operationalisierten Diagnostik der Störungen durch psychotrope Substanzen vorgestellt und diskutiert werden.

### Missbrauch, Abhängigkeit und andere Störungskonzepte in ICD-10 und DSM-IV

Das Konzept der ICD-10 [11,12] und des DSM-IV [13], den Missbrauch oder schädlichen Gebrauch von Abhängigkeit im Sinne distinkter diagnostischer Kategorien zu unterscheiden, geht auf das dichotome Konzept von Edwards und Gross [14] zurück. Hinsichtlich der definierten diagnostischen Merkmale sind beide Systeme fast identisch, sie unterscheiden sich vor allem durch die explizite Berücksichtigung sozialer Faktoren bzw. des sozialen Funktionsniveaus im DSM-IV bei ihren Missbrauchs- und Abhängigkeitsbegriffen (vgl. Tab. 1 und 2). In der ICD-10 wurden soziale Faktoren wegen ihrer unter-

**Tab. 1** Missbrauchsdefinitionen in ICD-10 und DSM-IV

#### ICD-10: Schädlicher Gebrauch

- A. Nachweis, dass der Substanzgebrauch verantwortlich ist für die körperlichen oder psychischen Probleme, einschließlich der eingeschränkten Urteilsfähigkeit oder des gestörten Verhaltens, das eventuell zu Behinderung oder zu negativen Konsequenzen in den zwischenmenschlichen Beziehungen geführt hat.
- B. Die Art der Schädigung sollte klar bezeichnet werden.
- C. Das Gebrauchsmuster besteht mindestens seit 1 Monat oder trat wiederholt in den letzten zwölf Monaten auf.
- D. Auf die Störung treffen die Kriterien einer anderen psychischen oder Verhaltensstörung bedingt durch dieselbe Substanz zum gleichen Zeitpunkt nicht zu (außer akute Intoxikation F1x.0).

#### DSM-IV: Substanzmissbrauch

- A. Ein unangepasstes Muster von Substanzgebrauch führt in klinisch bedeutsamer Weise zu Beeinträchtigungen oder Leiden, wobei sich mindestens eines der folgenden Kriterien innerhalb desselben 12-Monats-Zeitraumes manifestiert.
  1. Wiederholter Substanzgebrauch, der häufig zu einem Versagen bei der Arbeit, in der Schule oder zu Hause führt.
  2. Wiederholter Substanzgebrauch in Situationen, in denen es aufgrund des Konsums zu einer körperlichen Gefährdung kommen kann.
  3. Wiederkehrende Probleme mit dem Gesetz im Zusammenhang mit dem Substanzgebrauch.
  4. Fortgesetzter Substanzgebrauch trotz ständiger oder wiederholter sozialer oder zwischenmenschlicher Probleme, die durch die Auswirkungen der psychotropen Substanz verursacht oder verstärkt werden.
- B. Die Symptome haben niemals die Kriterien für Substanzabhängigkeit der jeweiligen Substanzklasse erfüllt.

**Tab. 2** Kriterien des Abhängigkeitssyndroms in der ICD-10**ICD-10: Abhängigkeitssyndrom**

- A. Ein starker Wunsch oder eine Art Zwang, psychotrope Substanzen zu konsumieren.
- B. Verminderte Kontrollfähigkeit bezüglich des Beginns, der Beendigung und der Menge des Konsums.
- C. Ein körperliches Entzugssyndrom bei Beendigung oder Reduktion des Konsums, nachgewiesen durch die substanzspezifischen Entzugssymptome oder durch die Aufnahme der gleichen oder einer nahe verwandten Substanz, um Entzugssymptome zu vermindern oder zu vermeiden.
- D. Toleranzentwicklung gegenüber den Substanzeffekten. Es sind größere Mengen notwendig, um den gewünschten Effekt zu erreichen.
- E. Einengung auf den Substanzgebrauch (Aufgabe oder Vernachlässigung anderer wichtiger Vergnügen oder Interessensbereiche wegen des Substanzgebrauchs).
- F. Anhaltender Substanzgebrauch trotz eindeutig schädlicher Folgen.

schiedlichen interkulturellen Bedeutung nicht aufgenommen und stattdessen wurde auf deren Erfassung im Rahmen des multiaxialen diagnostischen Ansatzes verwiesen [15].

Bei der Definition des Abhängigkeitssyndroms kommt in beiden Systemen bei der psychischen Abhängigkeit als entscheidendes Kriterium das typische Beschaffungs- bzw. Einnahmeverhalten zur Anwendung, während die körperliche Abhängigkeit im Wesentlichen über das Entzugssyndrom definiert wird. In beiden Systemen kann die Diagnose eines Missbrauchs, einer Abhängigkeit oder einer anderen substanzinduzierten Störung auf jede dort definierte Substanzklasse angewendet werden.

Mit dieser operationalen Differenzierung von Missbrauch und Abhängigkeit ist auch die Bestimmung ihrer qualitativen Ausprägung über Screeninginstrumente möglich (z.B. Fagerström-Test für Nikotinabhängigkeit [16]; Lübecker Alkoholismus-Test [17]). In den Klassifikationssystemen selbst wird jedoch eine operationalisierte Schweregraddefinition nicht verankert.

Auch die weiteren unmittelbar suchtassoziierten Störungen werden in der ICD-10 und dem DSM-IV abgesehen von wenigen Ausnahmen weitgehend analog definiert (vgl. Tab. 3). So geben etwa ICD-10 (auf der Ebene der Forschungskriterien) und DSM-IV detaillierte substanzspezifische Symptome für Intoxikation und Entzug an, die sich weitestgehend entsprechen. Eine Ausnahme bildet in der ICD-10 lediglich die Verschlüsselung von Phencyclidin, das unter der „Restkategorie“ F19 klassifiziert wird.

Die in der ICD-10 abgebildeten substanzinduzierten psychotischen Störungen (F1x.5 und F1x.7) sind im DSM-IV anders verteilt. Die in der ICD-10 definierten psychotischen Störungen bei Substanzgebrauch (F1x.5) sind als psychotische Störungen mit Wahn oder Halluzinationen zu verstehen, nichtpsychotische affektive Störungen durch Substanzgebrauch sind als residualaffektive Zustandsbilder (F1x.72) zu klassifizieren.

**Zum Problem der Komorbidität**

In der ICD-10 wurde das Prinzip der Komorbidität verwirklicht, was zu einer substanzialen Zunahme nicht nur suchtbezogener Diagnosen, sondern auch weiterer psychischer Störungen geführt hat. Bereits Anfang der 90er Jahre konnte in der „Epidemiological Catchment Area Study“ [6] und dem „National Comorbidity Survey“ [18] gezeigt werden, dass in klinischen und epidemiologischen Stichproben das Ausmaß der Komorbidität zwischen Suchterkrankungen und anderen psychischen Störungen als ausgesprochen hoch einzuschätzen ist. Für bestimmte diagnostische Gruppen ergeben sich dabei spezifische und z.T. differenzialindikative Interventionen bei der Behandlungsbedürftigkeit (z.B. [9,19,20]). Auch für die Bundesrepublik sind die frühen Entwicklungsstufen für die Entstehung und den Verlauf bei jugendlichen Konsumenten gut belegt [21].

Am besten belegt sind komorbide Zusammenhänge mit Angststörungen, affektiven Störungen, psychotischen Erkrankungen und Persönlichkeitsstörungen, wobei aus methodischen Gründen erhebliche Streubreiten auftreten [8]. So ergab sich z.B. in der ICD-10-Merkmalenstudie neben hoher interner Komorbidität von Störungen durch psychotrope Substanzen weiterhin ein häufiges Auftreten dieser Störungen als Zweit- und Drittdiagnose [22,23].

Für differenzialindikative Prozesse sind die Wechselwirkungseffekte individuell zu spezifizieren, wobei u.a. Schuckit [24] am Beispiel der Komorbidität zwischen Alkoholabhängigkeit und affektiven Störungen fünf Möglichkeiten des Zusammenspiels aufgezeigt hat:

1. Alkohol kann depressive Symptome verursachen.
2. Vorübergehende depressive Symptome können längeren Trinkepisoden folgen.
3. Der Alkoholkonsum kann aufgrund primär affektiver Episoden ansteigen (z.B. bei Manie).
4. Depressive Symptome und Alkoholismus können bei anderen psychiatrischen Störungen zusammen auftreten.
5. Ein kleiner Teil der Patienten weist Alkoholabhängigkeit und affektive Störungen voneinander getrennt auf.

Weder in der ICD-10 noch im DSM-IV wird die Abbildung komorbider Störungen nach inhaltlichen Prinzipien verankert, d.h., es wird auf zeitbezogene (primäre vs. in ihrem zeitlichen Auftreten sekundäre Störung) oder ätiopathogenetische Ordnungsgesichtspunkte zugunsten einer rein deskriptiven Beschreibung verzichtet.

**Multiaxiale Systeme**

Empirische Studien haben sich bisher nur sehr eingeschränkt der vorliegenden multiaxialen Systeme bedient und in erster Linie Achse-I- und Achse-II-Störungen untersucht. Während die Global Assessment Functioning Scale des DSM-III und DSM-III-R noch vergleichsweise häufig eingesetzt wurde, wurde das multiaxiale System der ICD-10 (vgl. Tab. 4) bzw. noch komplexere Konstrukte kaum untersucht, obgleich ihre Bedeutung für Fragen der Dokumentation und Qualitätssicherung erheblich sein dürften. So werden in dem multiaxialen System der ICD-10 wie im DSM-IV allerdings mit unterschiedlichen Skalenbildungen neben der Komorbidität das psychosoziale Funktionsniveau sowie störungsauslösende

**Tab. 3** Gegenüberstellung diagnostischer Kategorien in ICD-10 und DSM-IV [33]

ICD-10	DSM-IV
F10.xx Störungen durch Alkohol	... Alkohol
F11.xx Störungen durch Opioide	... Opiate
F12.xx Störungen durch Cannabinoide	... Cannabis
F13.xx Störungen durch Sedativa/Hypnotika	... Sedativa, Hypnotika oder anxiolytikaähnliche Substanzen
F14.xx Störungen durch Kokain	... Kokain
F15.xx Störungen durch sonstige Stimulantien einschließlich Koffein	... Amphetamine (amphetaminähnliche Substanzen und Koffein)
F16.xx Störungen durch Halluzinogene	... Halluzinoge
F17.xx Störungen durch Tabak	... Nikotin
F18.xx Störungen durch flüchtige Lösungsmittel	... Inhalanzien
F19.xx Störungen durch multiplen Substanzgebrauch und Konsum sonstiger psychotroper Substanzen	... Phencyclidin (phencyclidinähnliche Substanzen), multiple Substanzen, andere (unbekannte) Substanzen
Mit der 4. und 5. Stelle können die klinischen Zustandsbilder näher bezeichnet werden:	
.0 akute Intoxikation	303.00 Alkoholintoxikation 305.90 Koffeinintoxikation 292.89 Amphetamin-, Cannabis-, Kokain-, Halluzinogen-, Inhalanzien-, Opiat-, Phencyclidin-, Sedativa-, Hypnotika-, oder Anxiolytika-, andere (oder unbekannte) Substanzintoxikation
.00 ohne Komplikation	keine Entsprechung
.01 mit Verletzungen oder anderer körperlicher Schädigung	keine Entsprechung
.02 mit anderen medizinischen Komplikationen	291.00 Alkoholintoxikationsdelir
.03 mit Delir	282.81 Amphetamin-, Cannabis-, Kokain-, Halluzinogen-, Inhalanzien-, Opiat-, Phencyclidin-, Sedativa-, Hypnotika-, oder Anxiolytika-, anderes (oder unbekanntes) Substanzintoxikationsdelir
.04 mit Wahrnehmungsstörungen	292.89 Amphetamin-, Cannabis-, Kokain-, Opiat-, Phencyclidin-, andere (oder unbekannte) Substanzintoxikation mit Wahrnehmungsstörungen
.05 mit Koma	keine Entsprechung
.06 mit Krampfanfällen	keine Entsprechung
.07 pathologischer Rausch	keine Entsprechung
.1 schädlicher Gebrauch	305.00 Alkoholmissbrauch 305.70 Amphetaminmissbrauch 305.20 Cannabismissbrauch 305.60 Kokainmissbrauch 305.30 Halluzinogenmissbrauch 305.50 Opiatmissbrauch 305.40 Sedativa-, Hypnotika- oder Anxiolytikamissbrauch 305.90 Missbrauch durch Inhalanzien, Phencyclidin und andere (oder unbekannte) Substanzen
.2 Abhängigkeitssyndrom	Abhängigkeit von:
.20 gegenwärtig abstinent	303.90 Alkohol
.21 gegenwärtig abstinent, aber in beschützender Umgebung	305.10 Nikotin 304.40 Amphetaminen 304.30 Cannabis 304.20 Kokain 304.60 Inhalanzien 304.20 Opiaten 304.50 Halluzinogenen 304.90 Phencyclidin
.22 gegenwärtige Teilnahme an einem ärztlich überwachten Ersatzdrogenprogramm (kontrollierte Abhängigkeit)	304.10 Sedativa, Hypnotika oder Anxiolytika
.23 gegenwärtig abstinent, aber in Behandlung mit aversiven oder hemmenden Medikamenten	304.80 Polytoxikomanie
.24 gegenwärtiger Substanzgebrauch (aktive Abhängigkeit)	304.90 von anderen (oder unbekanntem) Substanzen
.25 ständiger Substanzgebrauch	Spezifikation:
.26 episodischer Substanzgebrauch (z. B. Dipsomanie)	– mit körperlicher Abhängigkeit – ohne körperliche Abhängigkeit – früh vollremittiert – früh teilremittiert – anhaltend vollremittiert – anhaltend teilremittiert – bei agonistischer Therapie – in geschützter Umgebung

**Tab. 3** Gegenüberstellung diagnostischer Kategorien in ICD-10 und DSM-IV (Fortsetzung)

ICD-10	DSM-IV
.3 Entzugssyndrom	291.8 Alkoholentzug 292.0 Kokain-, Amphetamin-, Nikotin- Opiat-, Sedativa-, Hypnotika- oder Anxiolytika-, anderer (oder unbekannter) Substanzentzug
.30 unkompliziert	keine Entsprechung
.31 mit Krampfanfällen	keine Entsprechung
.4 Entzugsyndrom mit Delir	291.0 Alkoholintoxikationsdelir 292.81 Sedativa-, Hypnotika-, oder Anxiolytikaintoxikationsdelir
.40 ohne Krampfanfälle	keine Entsprechung
.41 mit Krampfanfällen	keine Entsprechung
.5 psychotische Störung	291.x Alkoholinduzierte psychotische Störung
.50 schizophreniform	.5 mit Wahn
.51 vorwiegend wahnhaft	.3 mit Halluzinationen
.52 vorwiegend halluzinatorisch (einschließlich Alkoholhalluzinose)	292.xx Psychotische Störung induziert durch Amphetamine, Cannabis Kokain, Halluzinogene, Inhalanzien, Opiate, Phencyclidin, Sedativa, Hypnotika, Anxiolytika, andere (unbekannte) Substanze.11 mit Wahn.12 mit Halluzinationen
.53 vorwiegend polymorph	
.54 vorwiegend depressive Symptome	291.8 Alkoholinduzierte affektive Störung
.55 vorwiegend manische Symptome	292.84 Affektive Störung durch Amphetamine, Cannabis, Kokain, Halluzinogene, Inhalanzien, Opiate, Phencyclidin, sedativa, Hypnotika, Anxiolytika, andere (unbekannte) Substanzen – mit depressiven Merkmalen – mit manischen Merkmalen – mit gemischten Merkmalen
.56 gemischt	
.6 amnestisches Syndrom	291.1 Persistierende alkoholinduzierte amnestische Störung 292.82 Persistierende amnestische Störung durch Sedativa, Hypnotika, Anxiolytika, andere (unbekannte) Substanzen
.7 Restzustand und verzögert auftretende psychotische Störung	
.70 Nachhallzustände (Flashbacks)	292.89 Persistierende Wahrnehmungsstörung im Zusammenhang mit Halluzinogenen (Flashbacks)
.71 Persönlichkeits- oder Verhaltensstörung	keine Entsprechung
.72 residualaffektives Zustandsbild	292.84 Affektive Störung durch Amphetamine, Cannabis, Kokain, Halluzinogene, Inhalanzien, Opiate, Phencyclidin, sedativa, Hypnotika, Anxiolytika, andere (unbekannte) Substanzen – mit depressiven Merkmalen – mit manischen Merkmalen – mit gemischten Merkmalen
.73 Demenz	291.2 Persistierende alkoholinduzierte Demenz
.74 andere anhaltende kognitive Beeinträchtigungen	292.83 Persistierende amnestische Störung durch Sedativa, Hypnotika, Anxiolytika, andere (unbekannte) Substanzen
.75 verzögert auftretende psychotische Störung	keine Entsprechung
.8 sonstige psychische oder Verhaltensstörungen	keine Entsprechung
	291.8 Alkoholinduzierte Angststörung, Schlafstörung, sexuelle Funktions-Störung
	292.89 Angststörung induziert durch Amphetamine, Koffeine, Cannabis, Kokain, Halluzinogen, Inhalanzien, Phencyclidin, Sedativa, Hypnotika, Anxiolytika, andere (oder) unbekannte Substanzen
	292.89 Sexuelle Funktionsstörungen induziert durch Amphetamine, Kokain, Opiate, Sedativa, Hypnotika, Anxiolytika, andere (oder) unbekannte Substanzen
	292.89 Schlafstörungen induziert durch Amphetamin, Koffein, Kokain, Opiate, Sedativa, Hypnotika, Anxiolytika, andere (oder) unbekannte Substanzen
.9 nicht näher bezeichnete psychische oder Verhaltensstörung	291.9 Nicht näher bezeichnete Störung im Zusammenhang mit Alkohol 292.9 Nicht näher bezeichnete Störungen induziert durch Amphetamine, Koffein, Cannabis, Kokain, Halluzinogene, Inhalanzien, Phencyclidin, Sedativa, Hypnotika, Anxiolytika, andere (oder) unbekannte Substanzen

und -aufrechterhaltende Faktoren auf separaten Achsen verankert. Im Hinblick auf die ICD-10 ergibt sich z.B. die Möglichkeit, auf der Achse III „Psychosoziale Belastungsfaktoren“ entsprechende Kodierungen im Zusammenhang mit psychotropen Substanzen vorzunehmen (z.B. Z72 Probleme bei der Lebensführung: Z72.0 „Rauchen“, Z72.1 „Alkoholmissbrauch“). Darüber hinaus bestehen weitere Möglichkeiten, Z-Kodierungen in diesem Kontext zu nutzen (vgl. [11]): Z49.1 „Rehabilitation nach Alkoholabhängigkeit“ oder Z81 „Familienanamnese mit Hinweisen auf psychische und Verhaltensstörungen (Z81.2 „Familienanamnese mit Hinweisen auf Alkoholmissbrauch“).

Vereinzel liegen Arbeiten zur psychischen Abwehr Alkoholabhängiger vor (John, 1990). Mit dem seit 1996 vorliegenden multiaxialen System zur Operationalisierten Psychodynamischen Diagnostik (vgl. Tab. 5) wurden demgegenüber zwischenzeitlich einige Untersuchungen publiziert [26–28], eine entsprechende multizentrische Arbeitsgruppe hat sich mittlerweile etabliert. Das multiaxiale System der OPD erfasst dabei auf unterschiedlichen Achsen Krankheitserleben und Behandlungsvoraussetzungen, Beziehungs-, Konflikt- und Strukturdiagnostik sowie als Achse V ICD-10-Diagnostik [29–31].

Damit gilt auch für den Suchtbereich, dass eine multiaxiale, d.h. verschiedene Betrachtungsebenen integrierende klassifikatorische Diagnostik kaum ausreichend integriert wurde [32].

## Ausblick

Mit der Veröffentlichung der operationalisierten Klassifikationssysteme ICD-10 und DSM-IV hat die kategoriale Klassifikation von Suchterkrankungen zweifelsohne einen bedeutenden Fortschritt gemacht. Die klinisch relevanteste interne Schwäche dieser Systeme dürfte allerdings darin bestehen, dass sie keine explizit operationalisierten Schweregradbestimmungen erlauben und Komorbiditätsmuster rein deskriptiv ohne spezifizierte hierarchische oder ätiopathogenetische Reihung erfassen. Damit sind sie allein betrachtet für die Therapieplanung und die Indikation für bestimmte Interventionsformen nur unzureichend brauchbar. Für die Schweregradunterteilung werden in Zukunft, wie in anderen diagnostischen Feldern auch, kategoriale und dimensionale Verfahren kombiniert werden müssen, um zu reliablen und validen Ansätzen zu gelangen [32]. Eine angemessenere Abbildung der Komorbidität setzt darüber hinaus wahrscheinlich die Reintegration ätiologischer Vorannahmen in die deskriptive Diagnostik voraus, wie sie etwa mit der Operationalisierten Psychodynamischen Diagnostik verwirklicht wurden. Von einer indikativen Kopplung bestimmter Diagnosen mit spezifischen therapeutischen Interventionen sind wir in diesem Bereich, wie auch bei den meisten anderen psychischen Störungen, weit entfernt. Diese werden sich nur in Kombination mit dimensional und multiaxialen diagnostischen Ansätzen, die andere Merkmalsbereiche erfassen, entwickeln lassen. Dies war aber auch nicht der Anspruch, unter dem die operationalisierte Diagnostik nach ICD-10 und DSM-IV angetreten ist, denn erreicht werden sollten in einem ersten Schritt die methodischen Voraussetzungen, unter denen überhaupt sinnvolle klinische und wissenschaftliche Arbeit möglich wird: Kommunizierbarkeit und Reliabilität.

Tab. 4 Das multiaxiale System der ICD-10 [34]

<b>Achse I</b>	<b>Psychische Störungen und körperliche Erkrankungen</b>
	la psychische Störungen
	lb Persönlichkeitsstörungen
	lc Störungen durch psychotrope Substanzen
	ld körperliche Störungen
<b>Achse II</b>	<b>Beurteilung der sozialen Funktionseinschränkung (WHO Disablement Scale)</b>
	Ila Selbstfürsorge (Körperhygiene, Kleidung, Ernährung usw.)
	Ilb Beruf (bezahlte Arbeit, Studium, Hausarbeit usw.)
	Ilc Familie und Haushalt (Interaktion mit dem (Ehe-)Partner, Eltern, Kindern, und anderen Verwandten)
	Ild Funktionsfähigkeit im Weiteren sozialen Kontext (Beziehung zu Gemeindemitgliedern, Teilnahme an Freizeit- und sozialen Aktivitäten)
	Ile Globaleinschätzung (Gesamtbeeinträchtigung)
<b>Achse III</b>	<b>Psychosoziale Belastungsfaktoren</b>
	Ereignisse und Merkmale aus folgenden Bereichen:
	1. negative Erlebnisse in der Kindheit
	2. Erziehung und Bildung
	3. primäre Bezugsgruppe einschließlich Familie
	4. soziale Umgebung
	5. Wohnungsbedingungen und finanzielle Verhältnisse
	6. Berufstätigkeit und Arbeitslosigkeit
	7. Umweltbelastungen
	8. psychosoziale oder juristische Probleme
	9. Krankheiten oder Behinderungen in der Familie
	10. Lebensführung/Lebensbewältigung

Tab. 5 Das multiaxiale diagnostische System zur Operationalisierten Psychodynamischen Diagnostik (OPD)

<b>Achse I</b>	<b>Krankheitserleben und Behandlungsvoraussetzungen (4-stufige Fremdeinschätzung von 1 (= niedriger) bis 4 (= hoher Ausprägungsgrad))</b> 1. Beurteilung des Schweregrades der somatischen Erkrankung 2. Beurteilung des Schweregrades der psychischen Erkrankung 3. Leidensdruck 4. Beeinträchtigung des Selbsterlebens 5. Ausmaß der körperlichen Behinderung 6. sekundärer Krankheitsgewinn 7. Einsichtsfähigkeit in psychodynamische Zusammenhänge 8. Einsichtsfähigkeit für somatopsychische Zusammenhänge 9. Einschätzung der geeigneten Behandlungsform (Psychotherapie) 10. Einschätzung der geeigneten Behandlungsform (körperliche Behandlung) 11. Motivation zur Psychotherapie 12. Motivation zur körperlichen Behandlung 13. Compliance 14. Symptomdarbietung: somatische Symptomatik steht im Vordergrund 15. Symptomdarbietung: psychische Symptomatik steht im Vordergrund 16. psychosoziale Integration 17. persönliche Ressourcen 18. soziale Unterstützung 19. Angemessenheit der subjektiven Beeinträchtigung zum Ausmaß der Erkrankung
<b>Achse II</b>	<b>Beziehung (dysfunktionelles habituelles Beziehungsverhalten; Fremdeinschätzung von jeweils 2 im Sinne interpersoneller Kreismodelle definierten, nach Relevanz gewichteten Merkmalen je Perspektive und Dimension)</b> 1. Perspektive A: Das Erleben des Patienten mit den Dimensionen „Der Patient erlebt sich immer wieder so, dass er ...“ und „Der Patient erlebt andere immer wieder so, dass er ...“ 2. Perspektive B: Das Erleben des Interviewers mit den Dimensionen „Der Untersucher erlebt den Patienten immer wieder so, dass er ...“ und „Der Untersucher erlebt sich gegenüber dem Patienten immer wieder so, dass er ...“ 3. Psychodynamische Formulierung des dysfunktionalen Beziehungsverhaltens (Option)
<b>Achse III</b>	<b>Konflikt (Fremdeinschätzung mit 4-stufigem Rating von 0 (= nicht vorhanden) bis 3 (= hoch) für jeden definierten Konflikt)</b> 1. Abhängigkeit vs. Autonomie 2. Kontrolle vs. Unterwerfung 3. Versorgung vs. Autarkie 4. Selbstwertkonflikte (narzisstische Konflikte, Selbst- vs. Objektwert) 5. Über-Ich- und Schuldkonflikte (egoistische vs. prosoziale Tendenzen) 6. Ödipale und sexuelle Konflikte 7. Identitätskonflikte (Identität vs. Dissonanz) 8. fehlende Konflikt- und Gefühlswahrnehmung 9. Aktualkonflikte
<b>Achse IV</b>	<b>Struktur (Fremdeinschätzung mit 4-stufigem Rating von 1 (= gut integriert) bis 4 (desintegriert))</b> 1. Selbstwahrnehmung 2. Selbststeuerung 3. Abwehr 4. Objektwahrnehmung 5. Kommunikation 6. Bindung 7. Gesamtniveau
<b>Achse V</b>	<b>Psychische und psychosomatische Störungen nach dem Kapitel V (F) der ICD-10</b>
Achse Va	Psychische Störungen
Achse Vb	Persönlichkeitsstörungen (Kategorien F60 und F61 der ICD-10)
Achse Vc	Somatische Erkrankungen (andere Kapitel der ICD-10)

## Literatur

- <sup>1</sup> Freyberger HJ, Schulte-Markwort E, Siebel U. Das Konzept der Störungen durch psychotrope Substanzen (F1). In: Dilling H, Schulte-Markwort E, Freyberger HJ (Hrsg). Von der ICD-9 zur ICD-10. Neue Ansätze in der Diagnostik psychischer Störungen in der Psychiatrie, Psychosomatik und Kinder- und Jugendpsychiatrie. Bern: Hans Huber, 1994: 95–102
- <sup>2</sup> Krausz M. Überlegungen zum Diskurs über Diagnostik bei Patienten mit schädlichem Konsum psychotroper Substanzen. In: Bundesverband für stationäre Suchtkrankenhilfe, Martin Beutel (Hrsg). Diagnose Sucht. Schriftenreihe Band IV. Geesthacht: Buss-Neuland-Verlagsgesellschaft, 2000
- <sup>3</sup> Dilling H, Dittmann V, Freyberger HJ. ICD-10 field trial in German-speaking countries. *Pharmacopsychiatry* 1990; 23 (suppl.): 135–216
- <sup>4</sup> Dittmann V, Dilling H, Freyberger HJ. Psychiatrische Diagnostik nach ICD-10 – klinische Erfahrungen bei der Anwendung. Bern: Hans Huber, 1992
- <sup>5</sup> Freyberger HJ, Dilling H, Stieglitz RD. ICD-10 field trial of the Diagnostic Criteria for Research in German-speaking countries. *Psychopathology* 1996; 29: 257–314

- <sup>6</sup> Regier DA, Farmer ME, Rae DS, Locke BZ, Kesth SJ, Judd LL, Goodwin FK. Comorbidity of mental disorders with alcohol and other drug abuse. Results from the Epidemiological Catchment Area (ECA) study. *Journal of the American Medical Association* 1990; 264: 2511–2518
- <sup>7</sup> Hapke U, Rumpf HJ, John U. Alkoholabhängigkeit und -mißbrauch im Allgemeinkrankenhaus. Förderung der Inanspruchnahme suchtspezifischer Versorgungsangebote. In: John U & Deutsche Hauptstelle gegen die Suchtgefahren (Hrsg). Regionale Suchtkrankenversorgung. Konzepte und Kooperationen. Freiburg: Lambertus, 1997: 101–108
- <sup>8</sup> Maier W, Linz M, Freyberger HJ. Komorbidität von Substanzabhängigkeitsstörungen und anderen psychischen Störungen. In: Soyka M, Möller HJ (Hrsg). Alkoholismus als psychische Störung. Berlin, Heidelberg: Springer, 1997: 75–93
- <sup>9</sup> Krausz M, Müller-Thomsen T. Therapie von psychischen Störungen und Sucht-Konzepte für Diagnostik, Behandlung und Rehabilitation. Freiburg: Lambertus, 1994
- <sup>10</sup> McLellan AT, Kushner H, Peters R, Smith I, Grissom G, Pettinata H, Argeriou M. The fifth edition of the Addiction Severity Index: Historical critique and normative data. *Journal of Substance Abuse Treatment* 1992; 9: 199–213
- <sup>11</sup> Dilling H, Mombour W, Schmidt MH. Internationale Klassifikation psychischer Störungen. ICD-10, Kapitel V (F), Klinisch-diagnostische Leitlinien. Bern: Huber, 1993; 2. Auflage
- <sup>12</sup> Dilling H, Freyberger HJ. Taschenführer zur Klassifikation psychischer Störungen. Mit Glossar und diagnostischen Kriterien. ICD-10: DCR 10. Bern: Hans Huber, 2000
- <sup>13</sup> Saß H, Wittchen HU, Zaudig M. DSM-IV, Diagnostisches und Statistisches Manual Psychischer Störungen. Göttingen: Hogrefe, 1996
- <sup>14</sup> Edwards G, Gross M. Alcohol dependence: provisional description of a clinical syndrome. *British Medical Journal* 1976; 1: 2058–2061
- <sup>15</sup> Michels R, Siebel U, Freyberger HJ, Stieglitz RD, Schaub RT, Dilling H. The multiaxial system of ICD-10: evaluation of a preliminary draft in a multicentric field trial. *Psychopathology* 1996; 29: 347–356
- <sup>16</sup> Schoberger R, Kunze U, Schmeiser-Rieder A. Diagnostik und Therapie der Nikotinabhängigkeit. *Versicherungsmedizin* 1997; 49: 25–29
- <sup>17</sup> Rumpf HJ, Hapke U, Hill A, John U. Development of a screening questionnaire for the general hospital and general practices. *Alcoholism: Clinical and experimental research* 1997; 21: 894–898
- <sup>18</sup> Kessler RC, McGonagle KA, Zhao S, Nelson CB, Hughes M, Eshleman S, Wittchen HU, Kendler KS. Lifetime and 12-month prevalence of DSM-III-R psychiatric disorders in the United States: Results from the National Comorbidity Survey. *Archives of General Psychiatry* 1994; 51: 8–19
- <sup>19</sup> Baving L, Olbrich H. Alcoholism and depression. *European Addiction Research* 1996; 2: 29–35
- <sup>20</sup> Freyberger HJ, Drescher S, Dierse B, Spitzer C. Psychotherapeutic outcome of inpatients with neurotic and personality disorders with and without a benzodiazepine dependence syndrome. *European Addiction Research* 1996; 2: 53–61
- <sup>21</sup> Wittchen HU, Nelson CB. Early developmental stages of substance abuse. *European Addiction Research* 1998; 4: 5–82
- <sup>22</sup> Trabert W, Dittmann V, Mombour W. Störungen durch psychotrope Substanzen (Abschnitt F1). In: Dittmann V, Dilling H, Freyberger HJ (Hrsg). Psychiatrische Diagnostik nach ICD-10 – klinische Erfahrungen bei der Anwendung. Bern: Hans Huber, 1992: 45–53
- <sup>23</sup> Stieglitz RD, Schulte-Markwort E, Zaudig M. Die Komorbidität psychiatrischer Störungen in der ICD-10 Merkmalslistenstudie. In: Dittmann V, Dilling H, Freyberger HJ (Hrsg). Psychiatrische Diagnostik nach ICD-10 – klinische Erfahrungen bei der Anwendung. Bern: Hans Huber, 1992: 111–119
- <sup>24</sup> Schuckit MA. The relationship between alcohol problems, substance abuse and psychiatric syndromes. In: Pincus M (Hrsg). *Source book for DSM-IV*. Washington DC: American Psychiatric Press, 1994; 1: 45–65
- <sup>25</sup> John U. Psychische Abwehr Alkoholabhängiger. Erklärungsansätze, empirische Bestimmung und Behandlung. In: Schwoon D, Krausz M (Hrsg). *Suchtkranke. Die ungeliebten Kinder der Psychiatrie*. Stuttgart: Enke, 1990: 61–68
- <sup>26</sup> Nitzgen D, Brünger M. Operationalisierte Psychodynamische Diagnostik in der Rehabilitationsklinik Birkenbuck: Einsatz und Befunde. In: Schneider W, Freyberger HJ (Hrsg). *Was leistet die OPD? Empirische Befunde und klinische Erfahrungen mit der Operationalisierten Psychodynamischen Diagnostik*. Bern: Hans Huber, 2000: 238–252
- <sup>27</sup> Reymann G, Zbikowski A, Martin K, Tetzlaff M, Janssen PL. Erfahrungen mit der Anwendung von Operationalisierter Psychodynamischer Diagnostik bei Alkoholkranken. In: Schneider W, Freyberger HJ (Hrsg). *Was leistet die OPD? Empirische Befunde und klinische Erfahrungen mit der Operationalisierten Psychodynamischen Diagnostik*. Bern: Hans Huber, 2000: 229–237
- <sup>28</sup> Thomasius R, Kraus D, Sack PM, Wuchner B, Gemeinhardt B, Schindler A, Schuhbert C, Daporta-Albouy J, Heinz B. Zum Einsatz der Operationalisierten Psychodynamischen Diagnostik in der Suchtforschung: Erste Erfahrungen in Querschnitts- und Verlaufsuntersuchungen. In: Schneider W, Freyberger HJ (Hrsg). *Was leistet die OPD. Empirische Befunde und klinische Erfahrungen mit der Operationalisierten Psychodynamischen Diagnostik*. Bern: Hans Huber, 2000: 218–228
- <sup>29</sup> Arbeitskreis OPD. Operationalisierte Psychodynamische Diagnostik. Grundlagen und Manual. Bern: Hans Huber, 1982; 2. korr. Auflage
- <sup>30</sup> Schauenburg H, Freyberger HJ, Cierpka M, Buchheim P. OPD in der Praxis. Konzepte, Anwendungen, Ergebnisse der Operationalisierten Psychodynamischen Diagnostik. Bern: Hans Huber, 1998
- <sup>31</sup> Schneider W, Freyberger HJ. *Was leistet die OPD? Empirische Befunde und klinische Erfahrungen mit der Operationalisierten Psychodynamischen Diagnostik*. Bern: Hans Huber, 2000
- <sup>32</sup> Freyberger HJ, Stieglitz RD, Wittchen HU. Klassifikation. In: Stieglitz RD, Baumann U, Freyberger HJ (Hrsg). *Psychodiagnostik in Klinischer Psychologie, Psychiatrie, Psychotherapie*. Stuttgart: Thieme, 2001
- <sup>33</sup> van Drimmelen-Krabbe J, Bertelsen A, Pull C. Gegenüberstellung von ICD-10 und DSM-IV. In: Helmchen H, Henn F, Lauter H, Sartorius N (Hrsg). *Psychiatrie der Gegenwart. Band 2: Allgemeine Psychiatrie*. 4. Auflage. Heidelberg, Berlin: Springer, 2000: 119–174
- <sup>34</sup> Siebel U, Michels R, Freyberger HJ, Dilling H. Das multiaxiale System zum Kapitel V (F) der ICD-10. Unveröffentlichtes Manuskript, Klinik für Psychiatrie der Medizinischen Universität Lübeck 1997

Prof. Dr. med. Harald J. Freyberger

Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie  
der Ernst-Moritz-Arndt Universität Greifswald im  
Klinikum Stralsund  
Rostocker Chaussee 70  
18437 Stralsund

E-mail: freyberg@rz.uni-greifswald.de