

### Kapitel 3

## Klassifikatorische Diagnostik, Strukturierte Interviews und Therapieindikation

Silvia Schneider und Jürgen Margraf

### *1 Einleitung*

Klassifikation ist etwas, das wir alle tagtäglich und in vielen Lebensbereichen betreiben. Ein konkretes Beispiel für ein Klassifikationssystem, dessen Gegenstand vielen Lesern vertraut sein dürfte, schildert Tabelle 1. Das darin aufgeführte System zur Klassifikation verschiedener Arten von Kuchen und Gebäcken hat eine weite Verbreitung erfahren.

Tabelle 1  
Kuchen-Klassifikationssystem nach Dr. Oetker (1956)

---

A. Rührteig	I.	Gebäcke in Formen
	II.	Kuchen auf dem Blech
	III.	Kleingebäck
B. Knetteig	I.	Geformte Kuchen
	II.	Gebäcke in Springformen
	III.	Kuchen auf dem Blech
	IV.	Kleingebäck
C. Biskuitteig	I.	Torten
	II.	Rollen und Schnitten
	III.	Kleingebäck
D. Brandteig		
E. Fettgebackenes		
F. Weihnachtsgebäcke		
G. Hefengebäcke		

---

Ähnliche Beispiele ließen sich ohne größeren Aufwand aus fast jedem Bereich menschlichen Tuns erbringen. Der Grund für diese weite Verbreitung des Klassifizierens ist nach unserer Ansicht weniger in einem angeborenen

oder erworbenen Bedürfnis der Menschen zu sehen, sondern liegt wohl vor allem in dem Nutzen, den das Klassifizieren häufig mit sich bringt. Egal, ob unsere legendären Vorfahren in grauer Vorzeit zwischen giftigen und eßbaren Pflanzen unterschieden oder ob wir in der modernen westlichen Überflußgesellschaft „Kalorienbomben“ von gesünderen Speisen abgrenzen müssen, das Wesen dieses Tuns besteht im Klassifizieren und die Klassifikation erfüllt eine wichtige Funktion.

Wenngleich das in Tabelle 1 gewählte Beispiel wenig mit psychischen Störungen zu tun hat, so lassen sich doch daran einige Merkmale und Probleme von Klassifikationssystemen erläutern, die auch für die Klassifikation psychischer Störungen eine Bedeutung haben. So ist beispielsweise ersichtlich, daß das System verschiedene Klassifikationsebenen aufweist, die in der Tabelle mit arabischen Buchstaben bzw. römischen Zahlen bezeichnet sind. Weiterhin werden verschiedene Klassifikationsgesichtspunkte miteinander vermengt, wie etwa die Art des Teiges, die Jahreszeit des hauptsächlich Verbrauchs und die Frage, ob Formen oder Bleche verwendet werden. Das Beispiel weist deutliche Kennzeichen einer gewissen Willkürlichkeit auf (z. B.: Warum werden gerade Weihnachtsgebäcke herausgehoben? Wo bleiben Geburtstagstorten? Gehört Zwiebelkuchen auch in eine der Kategorien und wenn ja, wie steht es mit Quiche Lorraine?). Alle die hier erwähnten Punkte treffen auch für die wesentlichen Systeme zur Klassifikation psychischer Störungen zu. Im Unterschied zur Klassifikation von Nahrungsmitteln wird hier jedoch über den Sinn des Klassifizierens im allgemeinen und die Art des Vorgehens im einzelnen teilweise erbittert gestritten.

In den letzten Jahren läßt sich nun allmählich eine langsame Beruhigung des Streites beobachten, und es kann eine Konvergenz der verschiedenen Standpunkte in Richtung auf die Optimierung des wissenschaftlichen und praktischen Nutzens festgestellt werden (Baumann, 1990). Nach einer Phase der teilweisen Ablehnung ist die klassifikatorische Diagnostik psychischer Störungen in der Klinischen Psychologie wieder weitgehend akzeptiert (vgl. das Sonderheft des *Journal of Abnormal Psychology*, 1991, Band 100, Heft 3). Vor allem zwei Entwicklungen waren dafür von herausragender Bedeutung: Zum einen verbesserte methodische Neuerungen wie die Einführung der operationalisierten Diagnostik und vor allem strukturierter Interviews die Qualität der Diagnosen deutlich. Zum anderen wurden große Fortschritte bei den Therapieverfahren für psychische Störungen erzielt, was bewirkte, daß die Diagnosen auch tatsächlich zu therapeutischen Konsequenzen führen können.

In dem vorliegenden Kapitel sollen diese modernen Entwicklungen genauer dargestellt werden. Auf allgemeine Fragen der Klassifikation und moderner Diagnosesysteme für psychische Störungen wird nur kurz eingegangen, da dies Gegenstand eines eigenen Kapitels des vorliegenden Bandes ist (Möller, 1998). Genauer werden die Hauptmerkmale strukturierter Interviews besprochen, die zur praktischen Umsetzung der Diagnosesysteme dienen. Anhand eines konkreten Beispiels werden Aufbau und Vorgehen strukturierter Interviews erläutert, und es wird die Frage nach weiteren diagnostischen

Maßnahmen erörtert. Den Abschluß des Kapitels bildet eine Diskussion der therapeutischen Konsequenzen bzw. Indikationen, die sich beim gegenwärtigen Kenntnisstand der Psychotherapieforschung aus den derart gewonnenen diagnostischen Informationen ableiten lassen.

## *2 Klassifikatorische Diagnostik psychischer Störungen*

### *2.1 Kategorialer vs. dimensionaler Ansatz*

Im Bereich psychischer Störungen wird unter kategorialer Diagnostik die Gruppierung der interessierenden Merkmale und die Einordnung dieser Gruppen in ein System von Kategorien (Klassen) verstanden.\* Beispielsweise könnten die Merkmale Furcht vor bestimmten Situationen, häufiges Herzklopfen und Vermeidung der Situationen zu einer Gruppe zusammengefaßt werden, die Merkmale Niedergeschlagenheit, Antriebslosigkeit, Schlafstörungen und Zukunftspessimismus zu einer anderen Gruppe. Bei der Einordnung in ein kategoriales Klassifikationssystem könnte die erste Merkmalsgruppe der Diagnose „Phobie“, die zweite Gruppe der Diagnose „Depression“ zugeordnet werden. Diesem Vorgehen liegt die Annahme zugrunde, daß es sinnvolle Gruppierungen der zu diagnostizierenden Phänomene gibt (z. B. aufgrund gemeinsamer Ätiologie oder durch überzufällig häufiges gemeinsames Auftreten) und daß qualitative Unterschiede zwischen diesen Gruppen bestehen.

Als Gegensatz zu diesem Vorgehen gilt der dimensionale Ansatz, bei dem angenommen wird, daß den beobachteten Phänomenen bestimmte Dimensionen zugrundeliegen (vgl. Barlow, 1992; Moras & Barlow, 1992). Weiterhin wird davon ausgegangen, daß die feststellbaren Unterschiede vor allem quantitativer Natur und kontinuierlich verteilt sind. Qualitative Unterschiede können bei einem solchen Ansatz lediglich zwischen mehreren zugrundeliegenden Dimensionen bestehen. Die Beschreibung (Diagnose) der psychischen Störung geschieht bei einem dimensionalen Ansatz durch Feststellung der Ausprägung auf der oder den Dimensionen des Klassifikationssystems. So könnte das Beispiel aus dem vorangegangenen Absatz in ein zweidimensionales System mit den Dimensionen „Angst“ und „Depression“ eingeordnet werden (z. B. für den ersten „Fall“ Angstaussprägung hoch, Depressionsausprägung niedrig).

Bezüglich der Diagnostik psychischer Störungen haben gegenwärtig kategoriale Systeme eindeutig eine größere Bedeutung (Millon, 1991). Neben vielen anderen wissenschaftlichen und praktischen Gründen mag dies seine Ursache auch darin haben, daß der kategoriale Ansatz unserem alltäglichen Vor-

\* Obwohl die kategoriale Diagnostik nur eine Spielart der Klassifikation darstellt, hat es sich in den letzten Jahren weitgehend eingebürgert, mit Bezug auf die Diagnostik psychischer Störungen die Begriffe „kategorial“ und „klassifikatorisch“ synonym zu verwenden (z. B. Schulte & Wittchen, 1988a; Wittchen & Schulte, 1988).

Tabelle 2  
Argumente in der Debatte um die kategoriale Diagnostik psychischer Störungen

*Argumente gegen kategoriale Diagnostik*

1. Diagnostische „Etiketten“ bewirken negative Stigmatisierung
2. Informationsverlust wegen mangelnder detaillierter Beschreibung des Einzelfalls
3. Gefahr der Verwechslung von Deskription und Erklärung
4. Gefahr der Reifikation künstlicher Einheiten
5. Typologien können zugrundeliegende Dimensionen verschleiern

*Argumente für kategoriale Diagnostik*

1. Bessere Kommunikation durch einheitliche und klar definierte Nomenklatur
2. Notwendigkeit sinnvoller Informationsreduktion, da idiographischer Ansatz unpraktikabel
3. Ökonomische Informationsvermittlung durch implizite Aussagen über Störungsmerkmale
4. Weit überzufälliges gemeinsames Auftreten bestimmter klinischer Merkmale
5. Handlungsanleitung für das praktische Vorgehen

gehen entspricht. Psychische Störungen sind in prominenter Weise durch emotionale Merkmale gekennzeichnet. Wenn wir über unsere Gefühle sprechen, so verwenden wir kategoriale Begriffe. Wir bezeichnen uns als traurig oder ängstlich, wütend oder erfreut. Kaum jemand würde auf den Gedanken kommen, seinen Gefühlszustand als 40 % ängstlich, 30 % depressiv, 30 % wütend und 0 % erfreut zu kennzeichnen. Interessanterweise sind kategoriale Klassifikationen psychischer Störungen jedoch während der fünfziger bis siebziger Jahre dennoch auf starke Kritik gestoßen (vgl. z. B. Kendell, 1978; Wittchen & Schulte, 1988, das Kapitel von Möller im vorliegenden Band). Gleichzeitig gab es aber auch eine ganze Reihe von wichtigen Argumenten, die für eine (verbesserte) kategoriale Klassifikation sprachen. Die Hauptaussagen beider Standpunkte sind in Tabelle 2 stichwortartig aufgeführt.

An dieser Stelle muß betont werden, daß Klassifikation die Grundlage für Wissensakkumulation und damit für Forschung ebenso wie für eine wissenschaftlich fundierte Praxis ist. Ohne Klassifikation und die darauf aufbauende Kommunikation müßte jeder einzelne Kliniker aufgrund seiner subjektiven Erfahrung seine eigene persönliche „Wissenschaft“ entwickeln, die dann einer objektiven Überprüfung nicht zugänglich wäre (Barlow, 1992). Da die ausgereiftesten Klassifikationssysteme gegenwärtig weitgehend kategorialer Natur sind, stellt dies ein weiteres Argument für die kategoriale Diagnostik dar. Ein letztes Argument folgt aus der Tatsache, daß wir ohnehin ständig klassifizieren und daß diese Klassifikation vorwiegend kategorialer Natur ist. Empirische Untersuchungen in der klinischen Psychologie zeigen ebenso wie sozialpsychologische Studien, daß wir dazu neigen, sehr schnell Hypothesen zu bilden und daß im Anschluß die große Gefahr besteht, daß hypothesenkonforme Information aktiv gesucht und besser wahrgenommen wird, während widersprechende Information nicht aktiv verfolgt und z. T. sogar ignoriert wird. Wenn wir aber ohnehin klassifizieren, dann ist eine explizite Klassifikation besser als ein implizites und damit nicht überprüfbares Vorgehen.

## *2.2 Kriterien für die Auswahl von Klassifikationssystemen*

Nachdem die grundsätzliche Notwendigkeit von Klassifikation geklärt ist und unsere gegenwärtige Präferenz für ein weitgehend kategoriales Vorgehen festgestellt wurde, beschäftigen wir uns nun mit der Auswahl geeigneter Systeme. Bei der Bewertung von Klassifikationssystemen sollten mindestens zwei wichtige Punkte beachtet werden:

- 1) Relevanz des Klassifikationssystems („Was bringt mir die Klassifikation?“)
- 2) Wie gut erfaßt das Klassifikationssystem psychische Störungen? (Reliabilität, Validität, Praktikabilität)

Auch bezüglich dieser beiden Punkte stand die kategoriale Klassifikation psychischer Störungen seit den fünfziger Jahren in der Klinischen Psychologie im Kreuzfeuer der Kritik. So wurde der geringe praktische Nutzen der Diagnosen stark bemängelt, wobei oft zu Recht von einer „therapielosen Diagnostik“ gesprochen werden konnte. Wenn Diagnosen keine Konsequenzen für das weitere Vorgehen bergen, so handelt es sich tatsächlich um Diagnostik als Selbstzweck. Gleichzeitig spielte aber in den fünfziger und sechziger Jahren auch der Gegenpol einer „diagnoselosen Therapie“ eine bedeutende Rolle. So wurde bei vielen Verfahren aus der sogenannten humanistischen Psychologie keine Unterscheidung zwischen verschiedenen Formen von Störungen bzw. teilweise sogar nicht zwischen gestörtem („krank“) und ungestörtem („gesund“) Verhalten getroffen (nach dieser Richtung unterscheiden sich Personen lediglich hinsichtlich ihrer Möglichkeit, aktuelle Lebensprobleme zu bewältigen, gestört sind allgemeine Prozesse der Selbstverwirklichung bzw. Wachstums- und Reifungsprozesse). Da alle Personen mit der gleichen Therapiemethode behandelt wurden (z. B. Gesprächspsychotherapie), bedeutet dies, daß die Diagnostik für solche Interventionsmethoden tatsächlich konsequenzlos blieb. Zusammen lassen sich diagnosenlose Therapien und terapielose Diagnosen als „diagnostischer Nihilismus“ kennzeichnen (Wittchen & Schulte, 1988).

Der zweite wesentliche Kritikpunkt betraf die mangelnde psychometrische Qualität der kategorialen Diagnostik psychischer Störungen und das Ausmaß, in dem Diagnosesysteme unüberprüfte ätiologische Annahmen zum Fundament ihres Vorgehens machten. Sofern überhaupt entsprechende Untersuchungen angestellt wurden, ergab sich regelmäßig eine mangelnde Reliabilität, die in Wissenschaft und Praxis zu massiv negativen Konsequenzen führte (vgl. Spitzer & Wilson, 1975; Regier et al., 1985, das Kapitel von Möller im vorliegenden Band). Aber selbst bei sehr hoher Reliabilität kann noch nicht automatisch von einer validen Diagnostik ausgegangen werden. Ein inzwischen klassisches Beispiel für diese Aussage liefert eine Studie, in der eine nahezu perfekte Übereinstimmung der Diagnosen festgestellt wurde. Rosenhan (1973) ließ zwölf freiwillige Versuchspersonen ohne jegliche psychische Störungen in verschiedene psychiatrische Kliniken einweisen. Bei der Aufnahme sollten die Pseudopatienten lediglich ein Symptom berichten, ansonsten jedoch völlig zutreffende Angaben über sich und ihre Lebensumstän-

de machen. Als Symptom wählte der Autor ein Verhalten aus, das noch nie in der Fachliteratur beschrieben worden war: Die Versuchspersonen sollten angeben, sie hörten Stimmen, die (in deutscher Übersetzung) „leer“, „hohl“ und „bums“ sagten. Unmittelbar nach der Aufnahme berichteten die „Patienten“ nicht mehr von diesem Symptom und verhielten sich auch ansonsten völlig normal. Trotzdem wurden alle Patienten als psychotisch diagnostiziert (elfmal als schizophran, einmal als manisch-depressiv). Es lag also ein außerordentlich hohes Ausmaß an diagnostischer Übereinstimmung vor. Dennoch waren alle Diagnosen falsch, sie besaßen also keine Validität. Es ist leicht vorstellbar, daß diese Studie zu einer scharfen Debatte nicht nur über den Wert der Diagnostik, sondern auch über die Art der Untersuchung führte (einige der wichtigsten Stellungnahmen können im Band 84 der Zeitschrift „Journal of Abnormal Psychology“, Jahrgang 1975, nachgelesen werden.)

### 2.3 Ursachen mangelnder Reliabilität und Validität

Bei der Betrachtung der Hauptursachen unreliabler und unvalider Diagnosen muß beachtet werden, daß Klassifikationsentscheidungen immer auf Verhaltensstichproben beruhen. Drei große Varianzquellen beeinflussen solche Entscheidungen: (1) die zu klassifizierenden Merkmale (d. h. die Schilderung der Beschwerden durch die Patienten), (2) die Klassifizierenden (d. h. die Erfassung durch die Diagnostiker) und (3) das Klassifikationssystem (z. B. psychiatrische Diagnoseschlüssel). Alle drei Varianzquellen können zu einer Beeinträchtigung der Reliabilität und damit auch der Validität von Klassifikationsentscheidungen führen. Hinsichtlich der zu klassifizierenden Merkmale ist es beispielsweise möglich, daß die Patienten ihre Beschwerden zwei verschiedenen Diagnostikern unterschiedlich schildern oder daß sich die Merkmale zwischen den beiden diagnostischen Sitzungen tatsächlich verändert haben. Während letzteres nicht ausgeschlossen werden kann, können die Diagnostiker die erste Variante durch die Art ihrer Befunderhebung erheblich positiv (oder negativ) beeinflussen. Dies leitet bereits über zur zweiten Varianzquelle, nämlich den klassifizierenden Personen.

Aus der Fülle der relevanten Probleme seien hier nur zwei hervorgehoben, die sogenannte „Bestätigungsdiagnostik“ und die Komorbidität psychischer Störungen. Die Gefahr der „Bestätigungsdiagnostik“ rührt daher, daß wir dazu neigen, uns rasch Hypothesen zu bilden, die wir dann möglichst bestätigen wollen. Vermuten wir erst einmal ein bestimmtes Problemfeld bei einem Patienten, so wird dadurch unsere Wahrnehmung und unser Vorgehen oft erheblich beeinflußt. Besonders problematisch ist dies im Zusammenhang mit dem zweiten Punkt, der Komorbidität. Wie die moderne epidemiologische Forschung gezeigt hat, treten psychische Störungen selten allein auf (Wittchen & Vossen, 1996). In der Regel hat ein gegebener Patient mehr als eine Störung, was dann „Komorbidität“ genannt wird (gemeint ist also das gemeinsame Auftreten mindestens zweier Störungen). Das Problem für die Diagnostik besteht darin, daß der Diagnostiker nach Sicherung der ersten Diagnose einfach aufhören könnte, weiter zu schauen. Dies führt typischer-

weise dazu, daß Störungen, die mit mehr bzw. leichter beobachtbarem Verhalten einhergehen, eher festgestellt werden. Außerdem besteht die Gefahr, daß bei Vorliegen einer sozial weniger stigmatisierten Störung (z. B. Tierphobie), andere Störungen, eventuell klinisch bedeutsamere Störungen (z. B. Bulimie) übersehen werden. Eine standardisierte Form der Befunderhebung verspricht hier Abhilfe oder zumindest eine Verbesserung des Zustandes.

Bei der dritten wesentlichen Varianzquelle, den Klassifikationssystemen, haben sich im letzten Jahrzehnt bedeutende Verbesserungen ergeben. Die beiden wichtigsten international gebräuchlichen Diagnosesysteme sind das „Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders“ der Amerikanischen Psychiatrischen Vereinigung (American Psychiatric Association, APA), das abgekürzt als „DSM“ bezeichnet wird, und der Abschnitt zu den psychischen Störungen der „International Classification of Diseases“ (abgekürzt „ICD“), die von der Weltgesundheitsorganisation (World Health Organization, WHO) herausgegeben wird. Von beiden Diagnosesystemen erscheinen in unregelmäßigen Abständen Neuauflagen, so daß der Bezeichnung jeweils die Auflage hinzugefügt wird (z. B. bezeichnet „DSM-IV“ die vierte Auflage dieses Systems, „ICD-10“ die zehnte Auflage der ICD). Die frühen Versionen dieser Diagnoseschlüssel waren maßgeblich verantwortlich für den oben beschriebenen traurigen Zustand der klassifikatorischen Diagnostik. Eine ausführlichere Diskussion der Schwächen der ersten beiden Auflagen des DSM und der ICD-Klassifikation bis einschließlich zur neunten Auflage (ICD-9, WHO, 1978) findet sich in dem Kapitel von Möller im vorliegenden Band. Hier soll nur noch einmal auf die mangelnde Operationalisierung der diagnostischen Kategorien hingewiesen werden, da die Behebung dieses Problems der Ausgangspunkt für die Entwicklung strukturierter Interviews wurde.

#### *2.4 Die neuen Klassifikationssysteme seit 1980*

Erst mit der Einführung der dritten Auflage des DSM (APA, 1980) kam es zu einer geradezu revolutionären Änderung, deren Folgen bis heute unvermindert andauern. Ein zentraler Fortschritt war dabei die Verbesserung der diagnostischen Reliabilität durch die Einführung expliziter diagnostischer Kriterien und Algorithmen. Für jede diagnostische Klasse wurden notwendige und hinreichende Merkmale bzw. Merkmalskombinationen festgelegt. Im Unterschied zu früheren Diagnosesystemen wie DSM-II oder ICD-9 waren also die Kliniker erstmals nicht mehr auf ihr eigenes Verständnis von Inhalt und Grenzen der diagnostischen Kategorien angewiesen. Diese Veränderungen kamen zwar für viele Kliniker überraschend, aber dennoch nicht aus heiterem Himmel. Sie gingen auf eine Reihe von Vorarbeiten zurück, die maßgeblich durch die Unzufriedenheit mit der mangelnden Reliabilität der früheren Diagnosesysteme ausgelöst worden waren (Feighner et al., 1972; Spitzer et al., 1975, 1977). Der operationalisierte Ansatz bedeutete eine radikale Abwendung von traditionellen Lehrbüchern und Glossarbeschreibungen, die üblicherweise zahlreiche idealtypische Symptome und Merkmale jedes Syndroms schilderten, aber keine Spezifizierung enthielten. Einige we-

Tabelle 3  
Wesentliche Ziele und Merkmale von DSM-III und seiner Nachfolger  
sowie der ICD-10

*1. Ziele*

1. Brauchbar für Therapie und Administration unter verschiedenen klinischen Bedingungen
2. Hinreichende Reliabilität
3. Annehmbar für Praktiker und Forscher verschiedener theoretischer Orientierung
4. Verzicht auf unbewiesene theoretische Annahmen
5. Konsens über zuvor widersprüchlich verwendete klinische Begriffe
6. Verzicht auf überlebte Begriffe (z. B. Neurose)
7. Übereinstimmung mit Forschungsergebnissen zur Validität diagnostischer Kategorien
8. Brauchbar für die Kennzeichnung von Probanden in Forschungsstudien

*2. Merkmale*

1. Deskriptiver Ansatz (weitgehend atheoretisch): Störungsdefinition durch klinische Merkmale
2. Darstellung klinischer Merkmale auf möglichst niedrigem Niveau von Schlußfolgerungen
3. Gliederung von Störungen ohne bekannte Ätiologie aufgrund gemeinsamer klinischer Merkmale
4. Modernes Konzept psychischer „Störungen“ (keine Diskontinuität)
5. Klassifikation von Störungen, nicht Individuen
6. Einführung spezifischer inhaltlicher und zeitlicher Diagnosekriterien (Operationalisierung)
7. Betonung offen erfaßbarer Verhaltensweisen
8. Detaillierte und systematische Beschreibung der einzelnen diagnostischen Kategorien
9. Konzept multipler Diagnosen statt Störungshierarchie (Komorbidität zugelassen)
10. Konzept der Multiaxialität

Wesentliche Ziele und Merkmale des DSM-III und seiner Nachfolger sowie der ICD-10 sind in Tabelle 3 in Stichworten aufgelistet. Neben diesen grundlegenden Prinzipien wurde eine Fülle von inhaltlichen Neuerungen vorgenommen, die hier nicht im einzelnen besprochen werden können. Für die ausführliche Darstellung des DSM-III und seiner Nachfolger sowie der ICD-10 verweisen wir wieder auf das Kapitel von Möller im vorliegenden Band sowie auf Dilling et al., 1994 a.

Die Umwälzung durch das DSM-III war so groß, daß dieses System weltweite Geltung erhielt, obwohl es eigentlich nur für ein Land, die USA, geschaffen wurde (Klerman, 1984). Im Jahr 1987 wurde eine Revision des DSM-III veröffentlicht (DSM-III-R, APA, 1987), die allerdings nur vergleichsweise geringfügige Veränderungen mit sich brachte. Wie eine Umfrage in 42 Ländern ergab, wurden DSM-III bzw. DSM-III-R auch international häufiger in Forschung, Lehre und Praxis eingesetzt als die gleichzeitig gültige ICD-9 (Maser et al., 1991).

Mit der Entwicklung des DSM-IV und der ICD-10 kam es zu einer starken Annäherung der beiden Klassifikationssysteme, mit dem Ziel, die Kompatibilität der Systeme zu verbessern und bedeutungslose Formulierungsunterschiede zu verringern. Im Unterschied zu den vorangegangenen Auflagen wurden Änderungen von bestimmten Diagnosekriterien oder der Einschluß neuer bzw. Ausschluß alter Diagnosen wesentlich mehr auf der Basis empirischer Daten getroffen. Während alle bisherigen Diagnosesysteme letztlich auf dem „Prinzip des großen Professors“ (Kendler, 1990) basierten (z. B. das Kraepelinsche System) oder von Expertenkommissionen durch Konsens bzw. Mehrheitsentscheidungen erstellt wurden (z. B. DSM-III), war für das DSM-IV und die ICD-10 die empirische Befundlage ausschlaggebend. Die American Psychiatric Association setzte dafür eine eigene „Task Force“ mit starker psychologischer Beteiligung ein (vgl. Frances et al., 1991). Insgesamt dreizehn „Work Groups“ für verschiedene Störungsbereiche und zusätzliche unabhängige Berater bearbeiteten die Neuauflage. Das Ergebnis der Arbeit der Task Force war zunächst ein „Options Book“, in dem im Jahr 1991 alle vorgeschlagenen Möglichkeiten für offene Probleme dargelegt und damit der öffentlichen Diskussion und Kritik zugänglich gemacht wurden.

Die empirische Basis für das DSM-IV wurde in drei Stadien erarbeitet. Zunächst wurden 150 ausführliche Literaturübersichten über den gegenwärtigen Kenntnisstand erstellt. Für diese Literaturübersichten waren zuvor detaillierte methodische Standards bestimmt worden, um sicherzustellen, daß es sich hier nicht um Positionspapiere, sondern um möglichst unverzerrte Darstellungen handelte. Die Literaturübersichten wurden durch unabhängige Gutachter kritisiert und in einem Endbericht wurden neben den Übersichten auch abweichende Meinungen, Kommentare und Kritikpunkte veröffentlicht. Im zweiten Stadium wurden dann bereits existierende Datensätze im Hinblick auf die Bewertung bestehender Diagnosekriterien und zur Generierung und Überprüfung neuer Kriterien analysiert. Das dritte Stadium schließlich umfaßte Feldversuche. An insgesamt 6000 Patienten wurden die Kriterienlisten von DSM-III, DSM-III-R und die ICD-10-Forschungskriterien verglichen. Im Mai 1994 erschien dann die endgültige Fassung des DSM-IV (American Psychiatric Association, 1994). Die deutsche Bearbeitung und Übersetzung des DSM-IV erschien 1996 (Saß et al., 1996).

Das DSM-IV ist im Vergleich zur ICD-10, ebenso wie bisher DSM-III-R im Vergleich zur ICD-9, erneut kohärenter und wird vermutlich auch häufiger im Bereich der Forschung eingesetzt werden als die ICD-10, die ja zudem als Publikation der Weltgesundheitsorganisation (einer Unterorganisation der Vereinten Nationen) auf eine Vielzahl internationaler und z. T. auch durchaus fachfremder politischer Interessen Rücksicht nehmen muß (Wittchen, 1991). Während für das DSM-IV forschungsorientierte Gesichtspunkte stärkeres Gewicht besitzen, bemüht sich die ICD-10 intensiver um die interkulturelle Perspektive und die Anwendbarkeit vor allem auch in den Ländern der 3. Welt.

Erste empirische Überprüfungen der ICD-10 lassen eine deutliche Verbesserung gegenüber den früheren Ausgaben der ICD-Klassifikation erkennen

(Sonderheft des Bandes 23 der Zeitschrift *Pharmacopsychiatry* im Juni 1990; Dittmann et al., 1992). Im Unterschied zum DSM-IV existiert die ICD-10 gleich in mehreren Fassungen für verschiedene Zwecke. Am wichtigsten sind die klinischen Beschreibungen und diagnostischen Leitlinien (WHO, 1992; Dilling et al., 1993), gedacht für die klinische Routine in der Psychiatrie, sowie die ICD-10 Forschungskriterien, ein umfassender Band für wissenschaftliche Zwecke mit detaillierten Kriterien und Algorithmen (WHO, 1993; Dilling et al., 1994 b). Zusätzlich zu diesen beiden Fassungen wurde die „ICD-10 Primary Health Care Classification“ entwickelt (Müßigbrodt et al., 1996). Sie enthält pragmatische Kurzbeschreibungen psychischer Störungen sowie weiterführende differentialdiagnostische, therapeutische und prognostische Hinweise. Speziell für die Diagnostik psychischer Störungen im Kindes- und Jugendalter liegt das „Multiaxiale Klassifikationsschema für psychische Störungen des Kindes- und Jugendalters nach ICD-10 der WHO“ (Renschmidt & Schmidt, 1994) vor. In Deutschland wird die ICD-10 ab 1998 im ambulanten und stationären Bereich die offizielle Diagnoseklassifikation sein. In vielen Einrichtungen ist sie jedoch schon seit 1996 eingeführt.

### *3 Standardisierte Befunderhebung verbessert die Reliabilität*

Bisher haben wir dargestellt, wie nosologische Diagnostik durch die Verbesserung der Klassifikationssysteme zuverlässiger gemacht werden kann. Ansatzpunkte für eine Verbesserung liegen aber nicht nur bei dem Klassifikationssystem, sondern auch bei der Art der Befunderhebung. Hier zeigte sich, daß die Reliabilität durch standardisierte Erhebungsverfahren deutlich gesteigert werden kann. Seit den fünfziger Jahren wurden im klinischen Bereich eine Vielzahl von Selbst- und Fremdbeurteilungsskalen entwickelt. Diese ergaben in der Regel wesentlich höhere Reliabilitäten als Diagnosen nach den diversen früheren Auflagen von ICD oder DSM. Neben den auswertungsobjektiven Instrumenten der Selbst- und Fremdbeurteilung wurden darüber hinaus seit den siebziger Jahren halbstrukturierte diagnostische Checklisten und Interviews entwickelt. Aber erst durch die Einführung expliziter diagnostischer Kriterien im DSM-III wurde es möglich, im Rahmen standardisierter Befunderhebung mittels genau ausformulierter Fragen die Antworten des Patienten direkt zur Diagnosestellung zu verwenden. Die Entwicklung strukturierter und standardisierter Interviews war eine der wichtigsten Veränderungen des diagnostischen Vorgehens im Bereich psychischer Störungen in den letzten Jahrzehnten. Durch die damit verbundene Beseitigung bedeutender Fehlerquellen wurden wichtige Voraussetzungen für eine deutliche Steigerung der Reliabilität und indirekt auch der Validität klassifikatorischer Diagnosen geschaffen (Wittchen et al., 1988). Dem Kliniker bieten strukturierte und standardisierte Interviews eine wesentliche Hilfe, die umfangreichen und teilweise komplizierten Kriterien der klassifikatorischen Diagnostik besser zu erlernen und anzuwenden. Auch in der klinischen Forschung ist es inzwischen kaum noch möglich, Studien in internationalen Fachzeitschriften zu publizieren, ohne die Probanden mit Hilfe eines strukturierten Inter-

Tabelle 4

Deutschsprachige Interviewverfahren zur Diagnostik Psychischer Störungen (Auswahl)

---

Checklisten

- IDCL: Internationale Diagnose-Checklisten für ICD-10 (Hiller et al., 1995)
- IDCL-P: Internationale Diagnose-Checklisten für Persönlichkeitsstörungen (Bronisch et al., 1995)

Strukturierte Interviews

- SKID-I: Strukturiertes Klinisches Interview für DSM-IV, Achse-I (Wittchen et al., 1997)
- SKID-II: Strukturiertes Klinisches Interview für DSM-IV, Achse-II (Fydrich et al., 1997)
- DIPS<sup>1</sup>: Diagnostisches Interview bei psychischen Störungen (Margraf et al., 1994)
- Kinder-DIPS: Diagnostisches Interview bei psychischen Störungen im Kindes- und Jugendalter (Unnewehr et al., 1995)
- Mini-DIPS: Diagnostisches Kurzinterview bei psychischen Störungen (Margraf, 1994)

Standardisierte Interviews

- CIDI: Composite International Diagnostic Interview (Wittchen und Semler, 1990)
  - DIA-X: Diagnostisches Expertensystem für ICD-10 und DSM-IV (Wittchen & Pfister, 1996)
- 

<sup>1</sup> Auf der Basis des DSM-IV steht zur Zeit eine unveröffentlichte Forschungsversion zur Verfügung (F-DIPS, Margraf et al., 1996), die klinische Version des DIPS für DSM-IV und ICD-10 ist zur Zeit in Vorbereitung (Schneider & Margraf).

views untersucht zu haben. Dies mag mit dazu beigetragen haben, daß eine Vielzahl solcher Interviews entwickelt wurde. Diese Entwicklung ist jedoch nicht völlig problemlos, da die Verfahren oft unkritisch angewendet wurden. Wie Wittchen et al. (1988) in einer Übersichtsarbeit feststellten, sind bei vielen durchaus gebräuchlichen Instrumenten Reliabilität und Validität nicht hinreichend oder oft sogar gar nicht überprüft worden. Im folgenden soll ein kurzer Überblick über die bekanntesten strukturierten und standardisierten Interviews gegeben werden (ausführliche Darstellungen sind bei Wittchen et al., 1988 und bei Wittchen & Unland, 1991 zu finden).

Bei standardisierten Verfahren zur Befunderhebung bei der Diagnostik psychischer Störungen lassen sich mindestens drei Gruppen unterscheiden: Checklisten, strukturierte und standardisierte Interviews (Wittchen & Unland, 1991). Eine kurze Zusammenstellung deutschsprachiger Verfahren gibt Tabelle 4. Dabei wurden nur solche Instrumente berücksichtigt, die nicht auf eine einzelne Störungsgruppe beschränkt waren (z. B. nur Eßstörungen). Da Checklisten wie etwa die „Internationalen Diagnose-Checklisten für ICD-10 (IDCL)“ (Hiller et al., 1995) lediglich Auflistungen der Diagnosekriterien enthalten, nicht aber das konkrete diagnostische Vorgehen (z. B. Frageformulierung, Reihenfolge der Fragen) festlegen, sind sie vor allem für die Erstellung einer „schnellen“ Diagnose i. S. eines Screenings geeignet. Nach Wittchen und Unland (1991) dürften jedoch Reliabilität und damit Validität der mit diesem Verfahrenstyp gewonnenen Diagnosen stark von dem Training

der Kliniker und der Homogenität der Patientengruppen abhängen. Darüber hinaus bieten sie keinen Schutz gegen das weiter oben erwähnte Problem der „Bestätigungsdiagnostik“. Aus diesen Gründen werden Checklisten-Verfahren hier nicht weiter besprochen.

Strukturierte Interviews erfassen anhand eines vorstrukturierten Leitfadens die für die Diagnostik notwendigen Informationen. Dabei sind der Wortlaut der Fragen, deren Reihenfolge, Sprungregeln zum Auslassen von Fragen und Antwortkategorien im Leitfaden vorgegeben. Dem Kliniker bleibt bei den strukturierten Interviews ein Variationsspielraum erhalten, in den sein klinisches Urteil mit einfließen soll. Hierbei besteht zwar die Gefahr einer Verminderung der Reliabilität, gleichzeitig bietet dies aber auch die Möglichkeit, wichtige Beobachtungen des Kliniklers, die vielleicht im Widerspruch zu den Antworten des Patienten stehen, zu berücksichtigen. Im deutschen Sprachraum stehen z. Zt. folgende strukturierte Interviews zur Verfügung: „Strukturiertes Klinisches Interview für DSM-IV, Achse I (SKID-I)“ (Wittchen et al., 1997), „Strukturiertes Klinisches Interview für DSM-IV, Achse II (SKID-II)“ (Fydrich et al., 1997), „Diagnostisches Interview bei psychischen Störungen, DIPS“ (Margraf et al., 1994), „Diagnostisches Interview bei psychischen Störungen im Kindes- und Jugendalter (Kinder-DIPS)“ (Unnewehr et al., 1995). Die meisten der oben erwähnten strukturierten Interviews erfassen lediglich Daten, die zur Diagnosestellung notwendig sind, vernachlässigen aber weitergehende Informationen.

Eine Sonderrolle unter den strukturierten Interviews nimmt das Mini-DIPS (Margraf, 1994) ein. Das Mini-DIPS dient der raschen, überblicksartigen Erfassung der für den psychotherapeutischen Bereich wichtigsten psychischen Störungen nach den Kriterien des DSM-IV und der ICD-10. Der wesentliche Unterschied zu den oben genannten Interviews liegt in der außerordentlichen Kürze der Durchführung (Dauer ca. 30 Minuten), die durch eine Reihe methodischer Neuerungen möglich wurde, ohne daß ein inakzeptabler Qualitätsverlust hinsichtlich Reliabilität und Validität in Kauf genommen werden mußte. Insbesondere für erfahrene Diagnostiker, die mit den Diagnose-Kriterien des DSM und der ICD vertraut sind, stellt es ein Hilfsmittel zur raschen Diagnose dar, die ähnlich sicher sein kann wie die mit einem ausführlichen Interview erstellte Diagnose. Für Anfänger oder besonders eilige Diagnostiker erlaubt das Mini-DIPS Screening-Diagnosen, die zwar weniger sicher sind als etwa die Diagnosen mit einem der oben erwähnten Interviews, die aber dennoch deutlich genauer als Diagnosen auf der Grundlage einer völlig unstandardisierten Befunderhebung sind.

Standardisierte Interviews lassen im Unterschied zu strukturierten Interviews dem Kliniker keinen Beurteilungsfreiraum mehr. Hier sind alle Schritte der Datenerhebung und der Auswertungsprozedur standardisiert. Es werden ausschließlich die Antworten der Patienten kodiert. Das Zusammenfügen von Symptomen und Syndromen zur Diagnose ist durch explizite Algorithmen vorgegeben und kann somit auch durch Computer erfolgen. Dieses Ausmaß an Standardisierung gewährleistet eine Maximierung der Objektivität

und Reliabilität, doch stößt sie im klinischen Alltag auf wenig Akzeptanz. Kritisch ist hierzu auch anzumerken, daß bei dieser Art der Datenerfassung Fehlerquellen wie Antworttendenzen oder widersprüchliche Angaben des Patienten nicht berücksichtigt werden. Dadurch kann es unter Umständen zu einer erheblichen Validitätsminderung der Diagnosen kommen. Zu den standardisierten Interviews zählen das „Diagnostische Expertensystem für ICD-10 und DSM-IV-Kriterien (DIA-X)“ (Wittchen & Pfister, 1996) und das „Composite International Diagnostic Interview (CIDI)“ (Wittchen & Semler, 1990).

Die Reliabilität der im deutschen Sprachraum vorliegenden Verfahren zur standardisierten Befunderhebung wurde inzwischen in einer Reihe von Studien empirisch gesichert (IDCL: Hiller et al., 1995, SKID für DSM-III-R: Wittchen et al., 1991, DIPS: Schneider et al., 1992, vgl. auch den Übersichtsartikel von Wittchen & Unland, 1991). Insgesamt sind strukturierte und standardisierte Interviews neben der reliableren und valideren Diagnostik sehr ökonomische und anwenderfreundliche Verfahren, mit Hilfe derer Kliniker in vergleichsweise kurzer Zeit eine solide diagnostische Befunderhebung durchführen können. Dennoch leiden diese Verfahren immer noch unter einer mangelnden Akzeptanz im klinischen Bereich. Dies mag zum Teil an dem starken Ausmaß der Formalisierung und Strukturierung liegen. Eine weitere Erklärung kann darin gesehen werden, daß eine rein klassifikatorische Diagnostik oft für die praktische klinische Arbeit noch nicht ausreicht, vor allem wenn es sich um psychotherapeutische Maßnahmen handelt (Schulte & Wittchen, 1988 a, 1988 b). Die meisten bisher vorliegenden Verfahren wie das „Strukturierte Klinische Interview für DSM-IV (SKID-I)“ (Wittchen et al., 1997) oder die „Internationalen Diagnosen-Checklisten (IDCL)“ (Hiller et al., 1995) liefern „nur“ eine Diagnose nach dem DSM-IV oder der ICD-10, nicht aber darüber hinausgehende Informationen für die Therapieplanung. In der Praxis geht es aber zumeist nicht nur um die reine Diagnostik, sondern auch um die Behandlung der Störungen, und daher sind dort die therapiebezogenen Daten besonders wichtig. Im folgenden soll ein konkretes Beispiel eines strukturierten Interviews, das explizit auch zur Erhebung therapierelevanter Informationen dienen soll, näher besprochen werden.

#### *4 Ein konkretes Beispiel: Das Diagnostische Interview bei psychischen Störungen (DIPS)*

Das „Diagnostische Interview bei psychischen Störungen (DIPS)“ (Margraf et al., 1994, DSM-IV Version in Vorbereitung; Schneider & Margraf) beinhaltet eine Kombination von kategorialer Diagnostik und der Erhebung therapiebezogener Daten. Es erfaßt die für den psychotherapeutischen Bereich wichtigsten Störungen und verzichtet auf darüber hinausgehende, für viele Klinische Psychologen oft irrelevante oder nicht zuverlässig zu treffende Unterscheidungen weiterer Störungen. Vor allem aber erhebt es auch über die rein klassifikatorische Diagnostik hinaus klinisch relevante Informationen

Abbildung 1  
 Beispielhafte Darstellung einer Doppelseite (gekürzt) aus dem Diagnostischen Interview bei psychischen Störungen (DIPS). Die möglichst wörtlich zu stellenden diagnostischen Fragen sind kursiv gedruckt, der restliche Text besteht aus Erläuterungen und Hinweisen für die Interviewer.

### SPEZIFISCHE (EINFACHE) PHOBIEN

\*1. *Fürchten bzw. fühlen Sie ein Bedürfnis, solche Dinge wie (...) zu vermeiden:*

Schätzen Sie für jede Situation die Stärke der Angst und das Ausmaß der Vermeidung mit Hilfe der folgenden Skala ein. Notieren Sie jeweils das Ausmaß von Angst und Vermeidung in den vorgegebenen Spalten.

..... 0 .....	..... 1 .....	..... 2 .....	..... 3 .....	..... 4 .....
vermeidet nie/ keine Angst	vermeidet selten/ leichte Angst	vermeidet gelegentlich/ mäßige Angst	vermeidet häufig/ schwere Angst	vermeidet immer/ sehr schwere Angst
			<u>Angst</u>	<u>Ver- meidung</u>
				<u>Kommentare</u>
<i>Höhen</i> .....	_____	_____	_____	_____
<i>Fliegen/Flugzeuge</i> .....	_____	_____	_____	_____
<i>Bestimmte Tiere</i> .....	_____	_____	_____	_____
<i>Enge geschlossene Orte</i> .....	_____	_____	_____	_____
<i>Blut oder Verletzungen: bei sich selbst</i> .....	_____	_____	_____	_____
<i>Blut oder Verletzungen: bei anderen</i> .....	_____	_____	_____	_____
<i>Autofahren</i> .....	_____	_____	_____	_____
<i>Sonstiges</i> .....	_____	_____	_____	_____

Hinweis: Wenn bestimmte Situationen im Kontext einer Agoraphobie gefürchtet werden, wird keine zusätzliche Diagnose einer spezifischen Phobie (z.B. Claustrophobie) gegeben.

Falls kein Hinweis für Angst oder Vermeidung gefunden wird,

Erfragen Sie für jede bedeutsame Phobie (von zumindest mäßigem Schweregrad):

\*2. *Woran denken Sie, kurz bevor Sie (...) begegnen/während Sie in der Situation sind? Was denken Sie, könnte geschehen?*

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\*3. *Denken Sie, daß diese Sorgen übermäßig stark oder unrealistisch sind?*

JA \_\_\_\_ NEIN \_\_\_\_

7. *Wann haben Sie zum ersten Mal diese Angst erlebt?*

Falls die Patienten antworten "mein ganzes Leben", versuchen Sie den ungefähren Zeitraum des Beginns herauszufinden, z.B. Schulklasse, Adoleszenz usw.

**Beginn (z.B. Lebensalter, Datum, Lebensphase):** \_\_\_\_\_

\*8. *Ausschluß organischer Ursachen: Nahmen Sie, unmittelbar bevor dies begann, irgendwelche Drogen oder Medikamente? Waren Sie krank oder tranken Sie ungewöhnlich viel?*

JA \_\_\_\_ NEIN \_\_\_\_

**Beschreiben:** \_\_\_\_\_

9. *Begann die Angst, nachdem Sie ...*

(1) *... in der Situation durch etwas erschreckt wurden oder etwas Schlimmes erlebten?*

JA \_\_\_\_ NEIN \_\_\_\_

**Beschreiben:** \_\_\_\_\_

Abbildung 1 (Fortsetzung)

(2) ... vor dieser Situation gewarnt wurden, oder Ihnen unangenehme Dinge darüber erzählt wurden? JA \_\_\_ NEIN \_\_\_  
**Beschreiben:** \_\_\_\_\_

(3) ... jemanden sahen, der in der Situation ängstlich wurde oder etwas Schlimmes erlebte? JA \_\_\_ NEIN \_\_\_  
**Beschreiben:** \_\_\_\_\_

(4) ... Sie plötzlich einen Anfall intensiver Angst oder das Gefühl einer drohenden Gefahr erlebten, ohne daß es dafür einen ersichtlichen Grund in der Situation gab? JA \_\_\_ NEIN \_\_\_  
**Beschreiben:** \_\_\_\_\_

(5) Falls die Patienten mehr als einen Grund angeben:  
 Was geschah zuerst (1, 2, 3 oder 4)? \_\_\_\_\_  
 Welcher dieser Faktoren war der wichtigste in der Entwicklung der Angst? \_\_\_\_\_

(6) Kein klares vorausgehendes Ereignis: \_\_\_\_\_

10. War dies Ihre erste Erfahrung mit dieser Situation? JA \_\_\_ NEIN \_\_\_  
 Falls NEIN:  
 War es Ihnen vor dieser besonderen Erfahrung möglich, die Situation ohne Angst aufzusuchen? JA \_\_\_ NEIN \_\_\_

11. Gab es seit dem Beginn der Angst eine Zeit, in der die Ängste nicht auftraten? JA \_\_\_ NEIN \_\_\_  
 Falls JA: Wann? VON \_\_\_ BIS \_\_\_

\*12. Belastung/Einschränkung  
 Wie stark werden bzw. wurden Sie durch diese Angst in Ihrem Leben, Ihrer Arbeit, auf Reisen, während sonstiger Aktivitäten usw. beeinträchtigt?  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

Schätzen Sie die Beeinträchtigung auf einer 0-4 Skala ein:

... 0 ..... 1 ..... 2 ..... 3 ..... 4 .....  
 gar nicht ein wenig mäßig schwer sehr schwer/  
 massiv beeinträchtigt

zur Therapieplanung: Fragen zur Entstehung und zum Verlauf der Probleme, zu situativen und kognitiven Einflußfaktoren sowie detaillierte Skalen zur Einschätzung der Symptome liefern die notwendige Basis für die Untersuchung und Behandlung. So werden etwa bei den Angststörungen Hierarchien phobischer Situationen und Listen angstmodulierender Faktoren erfragt, die für die Durchführung einer Reizkonfrontation in vivo notwendig sind (vgl. Schneider & Margraf, 1990). Zur Veranschaulichung sind in Abbildung 1 einige Fragen zur Diagnose der spezifischen Phobie dargestellt.

#### 4.1 Entwicklung des DIPS

Das DIPS für DSM-IV ist eine erweiterte deutschsprachige Version eines amerikanischen Interviews (Anxiety Disorders Interview Schedule for DSM-IV, Lifetime Version, Di Nardo et al., 1994), das im Gegensatz zu vielen anderen neuentwickelten strukturierten Interviews in den USA rasch eine weite

Verbreitung in Forschung und Praxis gefunden hat. Das Interview wurde seit 1981 am Center for Stress and Anxiety Disorders an der State University of New York in Albany entwickelt. Es sollte die für die klinische Praxis und Forschung notwendigen diagnostischen Informationen möglichst effektiv sammeln. Im einzelnen sind die Ziele des mehrfach überarbeiteten Interviews unter anderem die Differentialdiagnose der Angst-, Affektiven und Somatoformen Störungen sowie des Substanzmißbrauchs/-abhängigkeit, der Ausschluß von Psychosen sowie die Erhebung therapierelevanter Informationen. Die letzte Version (Di Nardo et al., 1994) macht das Interview nicht nur voll kompatibel mit dem DSM-IV, sondern beinhaltet auch wesentliche klinisch relevante Erweiterungen. Strenge Überprüfungen der amerikanischen Originalversion (zusammengefaßt von Barlow, 1988; Di Nardo et al., 1993) belegen, daß die Diagnostik psychischer Störungen mit diesem Verfahren effektiv, reliabel und valide ist. Es ist daher nicht überraschend, daß das Interview inzwischen in sieben Sprachen übersetzt wurde und in vielen bedeutenden klinischen und Forschungseinrichtungen routinemäßig angewendet wird.

Die deutschsprachige Version des DIPS wurde in mehrfacher Hinsicht gegenüber der amerikanischen erweitert und verändert (Margraf et al., 1994; Schneider & Margraf, in Vorbereitung). Die Fragen wurden so umgruppiert, daß sie einen möglichst flüssigen, einem Gespräch ähnelnden Verlauf des Interviews gewährleisten. Die Diagnosekriterien des DSM wurden explizit aufgeführt und den Fragen des Interviews zugeordnet. Eine Reihe von diagnostisch unnötigen Fragen, die nur auf speziellen Forschungsinteressen der amerikanischen Autoren basierten, wurde aus dem Interview gestrichen. Weiterhin wurden Sektionen über Anorexie und Bulimie hinzugefügt. Damit erfaßt das DIPS für DSM-IV nun folgende Störungskategorien: alle Angststörungen, Major Depression, Dysthyme Störung, Bipolar I- und Bipolar II-Störung, Zykllothyme Störung, Anorexia nervosa, Bulimia nervosa, Somatoformen Störungen, Substanzmißbrauch/-abhängigkeit. Darüber hinaus enthält es einen allgemeinen klinisch-demographischen Teil und Screenings für körperliche Krankheiten, nicht-organische Psychosen, Tabak- und Koffeinkonsum sowie für Medikamentengebrauch. Außerdem werden eine psychiatrische Anamnese, eine Familienanamnese psychischer Störungen und die Achsen IV und V des DSM-IV erhoben. Die Diagnosen nach dem DSM-IV können anhand einer Tabelle in ICD-10 Diagnosen überführt werden.

Das gleichzeitige Vorhandensein mehrerer Störungen (Komorbiditätsproblem) wird im DIPS sorgfältig dokumentiert. Wenn eine Störung eindeutig als Teil einer anderen angesehen werden kann, wird die subsumierte Störung im DIPS weder selbständig diagnostiziert noch als sekundäre Störung aufgefaßt. Wenn zwei voneinander unabhängige Störungen vorliegen, werden beide Diagnosen vergeben, und es wird festgestellt, welche Störung die primäre ist. Zu diesem Zweck werden der relative Schweregrad und das Ausmaß der Beeinträchtigung herangezogen, statt die Entscheidung einfach aufgrund zeitlicher Beziehungen oder anderer hierarchischer Annahmen zu treffen. Die schwerere bzw. die Patienten stärker beeinträchtigende Störung wird dabei als die primäre Diagnose angesehen. Auf diese Weise können Komor-

biditätsmuster untersucht werden, die oft erst eine genaue Beschreibung und sinnvolle Therapie des vollständigen klinischen Bildes der einzelnen Patienten erlauben.

#### 4.2 Gütekriterien des DIPS

Die Retest- und die Interrater-Reliabilität des DIPS für DSM-III-R wurde an einer großen unselegierten Stichprobe von 201 Patienten untersucht, die zum größten Teil aus der internistisch-psychosomatischen Fachklinik Hochsauerland stammten (Schneider et al., 1992). Die Retest-Reliabilitäten lagen bei gleichzeitiger Betrachtung aller Diagnosen pro Patient für die Störungsoberklassen zwischen .68 und .79 (Kappa-Koeffizient) bzw. .67 und 1.0 (Yule's Y-Koeffizient). Mit wenigen Ausnahmen (generalisiertes Angstsyndrom, dysthymes Syndrom, Hypochondrie) wurden auch auf der Ebene der einzelnen Diagnosen sehr befriedigende Werte erzielt (Kappa zwischen .68 und .73, Yule's Y zwischen .71 und 1.0). Ein ähnliches Bild ergab sich bei ausschließlicher Betrachtung der Primär Diagnosen. Die Interrater-Reliabilitäten lagen erwartungsgemäß über den Retest-Reliabilitäten. Hauptfehlerquellen bei Nicht-Übereinstimmung waren Informationsvarianz seitens der Patienten (33 %) und unterschiedliche Gewichtung von Symptomen seitens der Interviewer (25 %). Erste Daten zur Interrater-Reliabilität des DIPS für DSM-IV ergeben ähnlich befriedigende Werte wie für die erste Version des DIPS. Für die Angst- und Affektiven Störungen liegen hier die Kappa-Werte zwischen .43 und .95 und die Werte für Yule's Y-Koeffizienten zwischen .52 und .83.

Die Validität der Interview-Diagnosen wurde durch Vergleich mit speziellen klinischen Fragebögen von hinreichender psychometrischer Qualität sowie Körpergröße und Gewicht bei den Eßstörungen überprüft (Margarf et al., 1991). Die Ergebnisse einer sehr heterogenen, unselegierten klinischen Stichprobe von 172 Patienten zeigten eine gute Validität für alle Oberklassen (Angststörungen, Depressionen, Somatoforme Störungen, Eßstörungen) und

Tabelle 5  
Gütekriterien des DIPS (Reliabilitätswerte, die in Klammern gesetzt sind, beruhen auf einer geringen Basisrate und sind daher verzerrt. Hier sollten jeweils die anderen angegebenen Kennwerte interpretiert werden.). Bei der Validität ist jeweils die Signifikanzniveau der Unterschiede zwischen der betreffenden Störungskategorie und anderen Diagnosen angegeben

Diagnoseklasse	%	Retest-Reliabilität		Validität Signifikanz
		Kappa	Yule	
Angststörungen	88	.73	.77	< .001
Depressionen	87	.68	.73	< .001
Somatoforme Stör.	94	(.42)	.67	< .001
Eßstörungen	99	(.87)	.94	< .001
Abusus	96	(.70)	.82	< .001
Psychosen	100	(.60)	1.0	
Keine Störung	91	.78	.81	< .001

den Ausschluß psychischer Störungen. Sofern die Basisraten hoch genug waren, konnten auch einzelne Störungskategorien validiert werden (Paniksyndrom, Agoraphobie, Generalisiertes Angstsyndrom, Sozialphobie). Nur die Abgrenzung von Schwerem Depressivem Syndrom und Dysthymem Syndrom nach dem DSM-III-R erwies sich als problematisch. Eine kurze Übersicht zu den Reliabilitäten und Validitäten der Oberklassen von Störungen gibt Tabelle 5.

In der Praxis zeigt sich manchmal, daß voll standardisierte Interviews auf Ablehnung stoßen. Dagegen dürften strukturierte Interviews wie das DIPS oder das SKID durch die Möglichkeit, über die vorgegeben Fragen hinaus gezielte Nachfragen zu stellen und die Tatsache, daß in die Kodierung der Antworten der Patienten das klinische Urteil der Interviewer mit eingeht, auch für Praktiker eher akzeptabel sein. Wie die positiven Überprüfungen von Reliabilität und Validität zeigen, geht der größere Einfluß, den strukturierte Interviews Klinikern im Vergleich zu Fragebögen oder voll standardisierten Interviews einräumen, nicht auf Kosten der Qualität (Margraf et al., 1991, Wittchen et al., 1991). Es bleiben allerdings die Fragen nach der Notwendigkeit weiterer diagnostischer Maßnahmen über das Interview hinaus und nach der therapeutischen Bedeutsamkeit der gewonnenen Informationen. Die beiden letzten Abschnitte des Kapitels sind diesen Punkten gewidmet.

### *5 Weitere diagnostische Maßnahmen*

Hier ist an erster Stelle die organische Differentialdiagnose zu nennen, bei der es um die Abklärung möglicher organischer Ursachen und Komplikationen der beobachteten psychischen Beschwerden geht. Die meisten Patienten mit psychischen Auffälligkeiten haben bereits eine Vielzahl organomedizinischer Untersuchungen hinter sich, bevor sie psychologische Behandlung aufsuchen. Falls dies nicht der Fall ist, sollte in jedem Fall eine medizinische Untersuchung eingeleitet werden, da eine Reihe von organischen Syndromen mit psychischen Beschwerden verbunden sein können (Jacob & Rapport, 1984; McCue & McCue, 1984; Wolff & Weihrauch, 1996). Eine ausgezeichnete Darstellung der relevanten Differentialdiagnosen geben Jacob und Rapport (1984). In der Differentialdiagnose der Angststörungen benutzen wir ein nach ihrem Vorbild erstelltes Schema (Margraf & Schneider, 1990). Um das konkrete Vorgehen zu veranschaulichen, ist in Tabelle 6 ein kurzer Auszug daraus wiedergegeben. In dem Schema wird zunächst von den Beschwerden ausgegangen, die die Patientin als Hauptsymptome empfindet. In der zweiten Spalte sind die auszuschließenden Störungen aufgeführt. Spalten drei und vier geben die differenzierenden Symptome und soweit wie möglich die Tests an, mit denen die Diagnose bestätigt werden kann.

Nach unserer Erfahrung stellt es eine seltene Ausnahme dar, wenn bei Klinischen Psychologen vorstellige Patienten tatsächlich organische Befunde aufweisen, die ihre psychischen Beschwerden erklären können. Trotzdem sollte

Tabelle 6  
Beispiele zur somatischen Differentialdiagnose der Angststörungen  
(nach Margraf und Schneider, 1990; überarbeitet von Claus Jacobi, Bad Gandersheim)

Hauptsymptome	Mögliche Ursachen	Differenzierende Symptome	Bestätigender Test
Herzklopfen, Tachykardie	Paroxysmale supraventrikuläre Tachykardie	plötzlicher Beginn eines schnellen Herzschlags	Ruhe- und Anfalls-EKG, Belastungs-, Langzeit-EKG
	Mitralklappenprolaps-Syndrom	systolischer Klick, Spätsystolikum	Echokardiographie
Benommenheit, Schwindelgefühl	Orthostatische Hypotonie,	positionsabhängig	Schellong-Test
	Anämie	belastungsabhängig	Blutbild
	benigner Lagerungsschwindel, Cupololithiasis	abhängig von Veränderung der Kopfhaltung	Provokationsnystagmus, oto-neurologische Diagnostik
Zittern, Schwitzen, Blässe, Benommenheit	Reaktive Hypoglykämie	2–4 h nach kohlenhydratreicher Kost (15–17 Uhr)	5 h-Glukose-Toleranztest
	Insulinproduzierende Tumoren	nach ausgelassener Mahlzeit, körperlicher Belastung, morgens	Insulinspiegel, Insulin-Suppressionstest

in jedem Fall eine somatische Differentialdiagnose durchgeführt werden, auch wenn dies für manche Patienten belastend ist und dadurch weitere Kosten entstehen. Unserer Ansicht nach ist der routinemäßige Ausschluß organischer Ursachen angesichts der negativen Folgen beim Übersehen einer behandlungswürdigen und vielleicht sogar lebensbedrohenden Krankheit eine absolute Notwendigkeit (vgl. auch das Forschungsgutachten zu Fragen eines Psychotherapiegutachtens von Meyer et al., 1991). Detailliertere Ausführungen zur organischen Differentialdiagnose finden sich bei Strian et al. (1996).

Neben der organischen Differentialdiagnose sind häufig jedoch auch eine Reihe weiterer psychologischer diagnostischer Verfahren als Ergänzung zu strukturierten Interviews sinnvoll. Hier sind Verfahren wie die Verhaltensanalyse, spezielle klinische Fragebögen und mehr oder minder standardisierte Tagebücher zu nennen. Auf diese Verfahren kann aus Platzgründen nur sehr knapp eingegangen werden. Bei der Verhaltensanalyse wird das problematische Verhalten getrennt für jeden Problembereich anhand der subjektiven, physiologischen und verhaltensmäßigen Reaktionen beschrieben. In einer funktionalen Analyse werden die Bedingungen identifiziert, die die Beschwerden auslösen, verschlimmern, verringern und aufrechterhalten (vgl. hierzu Bartling et al., 1992; Schulte, 1974; Tuschen, 1996). Diese Aufgabe kann oft vor Beginn der Therapie nur zum Teil gelöst werden, so daß zusätzliche wichtige Informationen meist noch im Verlauf der Therapie gesammelt werden müssen. Eine weitere wichtige Einflußquelle auf Problemverhalten und

Therapie ist das hilfeschende Verhalten der Patienten. Welche Behandlungsversuche sind bisher unternommen worden, welche Bewältigungsstrategien wendet der Betroffene an, um mit seinen Beschwerden fertig zu werden? Hier ergibt sich oft ein direkter Zusammenhang mit den Erklärungen, die die Patienten für ihr Problem haben. Alle diese Variablen müssen im Gespräch exploriert werden.

Zusätzlich zu dem Gespräch können spezielle klinische Fragebögen dazu dienen, wichtige Informationen effizient zu erheben. Eine multidimensionale Erfassung der allgemeinen Psychopathologie ermöglicht beispielsweise die Symptom Checklist 90-R (SCL-90-R, Franke, 1995). Unter anderem erfaßt die SCL-90-R Ängstlichkeit, Depression und Somatisierung. Zusätzlich können noch weitere Fragebögen sinnvoll sein, die besondere Probleme betreffen (siehe hierzu Fydrich et al., 1996, Schneider & Margraf, 1996). Ein weiteres wichtiges Hilfsmittel zur Vorbereitung und Durchführung der Behandlung sind häufig standardisierte Tagebücher, da diese in der Regel zusätzliche wichtige Informationen zu den klinischen Interviews und Fragebögen ergeben. Dies gilt insbesondere für kognitive und Verhaltenstherapien. Darüber hinaus sind sie bedeutsame Hilfsmittel der Therapie und erlauben eine kontinuierliche Kontrolle des Fortschritts der Therapie (Schneider & Margraf, 1996).

Für die Therapieplanung kann es außerdem sinnvoll sein, eine sogenannte „Zielerreichungsskalierung“ (nach Kiresuk & Sherman, 1968; ein konkretes Beispiel findet sich bei Margraf & Schneider, 1990) vorzunehmen. Dabei werden zusammen mit den Patienten ganz konkrete Behandlungsziele festgelegt. Für jedes Behandlungsziel wird der zu erreichende Endzustand genau beschrieben. Die dafür notwendige Operationalisierung kann gerade bei Patienten mit zunächst wenig strukturierten Problemen von Nutzen sein. Weiterhin ist es oft nützlich, sich durch Ratingskalen einen Eindruck von dem Ausmaß der Belastung bzw. Einschränkung durch die Störung zu verschaffen. Da dies über verschiedene Lebensbereiche hinweg stark variieren kann, sollten diese Bereiche getrennt beurteilt werden (vgl. Schneider & Margraf, 1996). Eine Reihe der bisher vorgestellten diagnostischen Hilfsmittel eignen sich auch zur Überprüfung des Therapieerfolgs. Dies betrifft vor allem die Tagebücher, klinischen Fragebögen, Zielerreichungsskalierung und Belastungs-Einschätzung sowie eine globale Einschätzung durch die Patienten.

## 6 Therapieindikation

### 6.1 Die Indikationsfrage

Eine der wesentlichen Rechtfertigungen der klassifikatorischen Diagnostik liegt in ihrer Bedeutung für die Indikationsstellung. In der Tat ist ohne adäquate Diagnostik keine sinnvolle Indikation möglich. Umgekehrt bemißt sich der praktische Wert der Diagnostik psychischer Störungen nicht zuletzt daran, in welchem Ausmaß sie Aussagen über Indikationen für das therapeu-

tische Vorgehen ermöglicht (Auerbach & Childress, 1987; Schulte & Wittchen, 1988 b). Ganz allgemein wird die Indikationsfrage häufig als eines der wichtigsten Probleme für Forschung und Praxis der Psychotherapie angesehen (vgl. Zielke, 1979; Baumann, 1981; Bommert et al., 1990).

Was bedeutet der Begriff „Indikation“? Grundsätzlich geht es um die Zuordnung von Patienten und Behandlungen (und je nach Definition auch weiterer Bedingungen wie Therapeuten, Settings etc.). Dabei werden verschiedene Formen von Indikation unterschieden. Steht die Auswahl geeigneter Therapieverfahren für bestimmte Patienten oder umgekehrt die Wahl geeigneter Patienten für eine bestimmte Therapiemethode im Vordergrund, so spricht man von „selektiver Indikation“, da es sich um ein Selektionsproblem handelt (Baumann & von Wedel, 1981; Zielke, 1981). Als Gegensatz dazu wird oft die „adaptive Indikation“ gesehen, bei der es um die Anpassung des therapeutischen Vorgehens an den jeweiligen Einzelfall geht. Da diese Anpassung im Verlauf des therapeutischen Prozesses erfolgt, spricht man hier auch von „prozessualer Indikation“ (Bastine, 1981). Sobald es um die Entscheidung zwischen verschiedenen Therapieverfahren geht (also nicht mehr einfach um Fragen wie „Ist dieser Patient für meine Therapie geeignet?“), handelt es sich um ein Problem der „differentiellen Indikation“. Dabei geht es im einfachsten Fall um Fragen wie „welche Therapie ist für diesen Patienten geeignet?“ Eine allgemeinere Form der differentiellen Indikationsfrage wurde von Paul (1967) formuliert. Nach seiner Ansicht lautet die wesentliche Frage der Psychotherapieforschung „welches ist für dieses Individuum mit diesem spezifischen Problem die effektivste Behandlung, durch wen, und unter welchen Umständen?“ (Paul, 1967, S. 111, Übersetzung durch die Autoren). In der Folge wurden Varianten dieser Formulierung durch eine ganze Reihe von Autoren teilweise sehr verschiedener theoretischer Herkunft vorgeschlagen.

## *6.2 Vom Uniformitätsmythos zu störungsspezifischen Therapieverfahren*

Eine gemeinsame Voraussetzung für Diagnostik und differentielle Indikationsstellung ist es, daß überhaupt relevante Unterschiede zwischen verschiedenen Störungen und verschiedenen Therapieverfahren vorliegen. Ihre Notwendigkeit ergibt sich demnach auch aus der Zurückweisung des „Uniformitätsmythos“. Dieser Begriff wurde zuerst von Colby (1964) eingeführt, der damit die unzulässige Gleichsetzung aller Patienten bezeichnete. Popularisiert wurde der Begriff in einem Artikel von Kiesler (1966), der inzwischen zu den Klassikern der Psychotherapieforschung gehört. Es ist Kieslers Verdienst, auch die angebliche Gleichheit aller Therapeuten bzw. Therapieverfahren als eine Form des Uniformitätsmythos herausgearbeitet zu haben. Wie der Autor bereits in den sechziger Jahren überzeugend ausführte, hat die fahrlässige Annahme, alle Therapeuten seien im wesentlichen gleich und was immer sie täten, stelle in gleicher Weise „Psychotherapie“ dar, äußerst negative Folgen für die Versorgung der Patienten gehabt und das Verständnis von der Wirkungsweise psychotherapeutischer Behandlungen behindert. Obwohl

es sich bei Kieselers scharfsinniger Analyse um einen der meistzitierten Artikel der Psychotherapieforschung handeln dürfte, treffen viele seiner Kritikpunkte auch heute noch unvermindert auf einen großen Teil der „Psychotherapieszene“ zu. So zeigen sich fortschrittshemmende Auswirkungen bei solchen Psychotherapieformen, die noch immer den diversen Uniformitätsmythen anhängen. Beispielsweise unterstellen tiefenpsychologische ebenso wie gesprächspsychotherapeutische oder andere sogenannte humanistische Ansätze eine weitgehend einheitliche Pathogenese der (nicht-psychotischen und nicht-organischen) psychischen Störungen. Aus der angenommenen Homogenität der Ursachen ergibt sich eine weitgehende Gleichheit der Behandlungsverfahren, eine nosologische Diagnostik wird dabei nicht nur als unnötig, sondern gar als potentiell schädlich angesehen (z. B. Menninger, 1974; vgl. Schuster, 1985; Kröber, 1986). Allerdings gilt auch für diese Therapieformen, daß eine Grobklassifikation zumindest implizit akzeptiert wird, insofern als die Abgrenzung von psychotischen und organisch bedingten Störungen vorausgesetzt wird.

Zu den bedeutendsten Fortschritten im Bereich der Psychotherapie gehört die Entwicklung störungsbezogener Therapieverfahren. Für die meisten psychischen Störungen wurden inzwischen spezielle Therapieprogramme entwickelt und überprüft, die ganz gezielt auf die Besonderheiten der jeweiligen Störung zugeschnitten sind. Idealerweise bauen solche störungsspezifischen Interventionen auf zwei Wissensquellen auf (Florin, 1988; Florin & Fiegenbaum, 1991): Zum einen auf dem „Störungswissen“, d. h. hinreichenden Informationen und Modellen über Erscheinung und Verlauf sowie auslösende und aufrechterhaltende Bedingungen der Störung. Zum anderen auf dem „Veränderungswissen“, d. h. Kenntnissen über die Möglichkeiten zur Beeinflussung psychischer Störungen, wobei diese Methoden störungsübergreifend oder störungsspezifisch sein können. In der Klinischen Psychologie ist das störungsspezifische Vorgehen in der Behandlung vor allem ein Kennzeichen der im weiteren Sinne kognitiv-verhaltenstherapeutischen Verfahren (Florin & Fiegenbaum, 1991). In Nachbardisziplinen wie der Psychiatrie gibt es auch störungsspezifische pharmakologische Therapien (vgl. Müller-Oerlinghausen & Linden, 1981). Andere psychotherapeutische Ansätze haben dagegen mit wenigen Ausnahmen kaum störungsbezogene Verfahren entwickelt.

Wie im „Psychotherapie-Gutachten“ des Bundesgesundheitsministeriums (Meyer et al., 1991) festgestellt, liegt hier wahrscheinlich eine Ursache für die in Metanalysen zutage tretenden größeren Behandlungserfolge der Verhaltenstherapie (d. h. im Durchschnitt höheren Effektstärken). Typischerweise werden die Patienten in der Verhaltenstherapie mit Maßnahmen behandelt, die speziell auf ihre jeweiligen Störungsbilder zugeschnitten sind. Wie die umfassenden Berner Literaturauswertungen der Psychotherapieforschung deutlich belegen, ist die Wirksamkeit dieser Methoden bei den Störungen, für die sie entwickelt wurden, eindeutig nachgewiesen (vgl. Grawe, 1992; Grawe et al., 1994). Tatsächlich ist jede einzelne der wichtigsten verhaltenstherapeutischen Methoden für sich allein genommen wesentlich besser

empirisch abgesichert als ganze Psychotherapieformen anderer theoretischer Provenienz wie etwa die Gesprächspsychotherapie oder die psychoanalytische Therapie. „Es erstaunt dann nicht, daß solche klinisch sehr gut bewährten störungsspezifischen Therapien sich in der Summe als wirksamer erweisen als diejenigen Psychotherapieformen, die nicht mit derartigen störungsspezifischen Vorgehensweisen arbeiten“ (Meyer et al., 1991, S. 91).

Speziell in der Verhaltenstherapie hat sich dabei das störungsspezifische Vorgehen in den letzten Jahren noch weiter gewandelt. In den „Gründerjahren“ bedeutete Verhaltenstherapie zu einem guten Teil die Anwendung allgemeiner psychologischer (vorwiegend lerntheoretischer) Prinzipien auf den Einzelfall (Reinecker, 1987). Daraus ergab sich, daß die Therapie zwar auf den Einzelfall bezogen war, gleichzeitig aber die Darstellung des Vorgehens eher in abstrakten Begriffen erfolgte. Im Laufe der Zeit wurde das Vorgehen immer konkreter und detaillierter in Form von Therapiemanualen beschrieben. Diese Manuale wurden nicht für einzelne Patienten erstellt, sondern bezogen sich auf Gruppen von Patienten bzw. Problemen, wobei zur Klassifizierung seit der Veröffentlichung des DSM-III zunehmend mehr dessen Diagnosen dienten (z. B. Margraf & Schneider, 1990 für das Paniksyndrom; Waadt et al., 1992 für die Bulimie). Für die einzelnen Störungskategorien wurden routinemäßig anzuwendende Standardprogramme erstellt, die sich in der empirischen Überprüfung regelmäßig als sehr effektiv erwiesen. Als inzwischen geradezu klassisches Beispiel können die Reizkonfrontationsverfahren bei der Agoraphobie dienen. Hier konnten Schulte et al. (1991, 1992) in jüngster Zeit sogar belegen, daß ein konfrontatives Standardprogramm individuell maßgeschneiderten Therapien überlegen war, wenn diese nicht ebenfalls aus Reizkonfrontation bestand. Ein ähnliches Ergebnis erzielte Emmelkamp (1990, zitiert nach Schulte, 1992) bei der Behandlung von Zwangspatienten mit Reizkonfrontation. Auch Jacobson et al. (1989) fanden bei der kognitiven Verhaltenstherapie von Partnerschaftsproblemen zumindest keine Unterlegenheit der standardisierten im Vergleich zur individualisierten Behandlung.

### *6.3 Therapieindikation auf der Basis nosologischer Diagnosen*

Da die nun vermehrt angewandten Therapieprogramme auf der nosologischen Diagnostik aufbauen, wird der Stellenwert der ursprünglichen verhaltenstherapeutischen Problemanalyse deutlich relativiert. Nach Schulte (1992) reicht auch in der Verhaltenstherapie eine reine Problemanalyse nicht mehr aus. Als ideal für das praktische Vorgehen sieht er die Ergänzung von nosologischer Diagnose und Problemanalyse, wobei letztere aufgrund des inzwischen vorliegenden Störungswissens oft vereinfacht werden kann. Daß auch Standardverfahren auf eventuelle Besonderheiten des Einzelfalles zugeschnitten werden müssen, steht jedoch außer Frage. Selbst die in ausführlichen Therapiemanualen beschriebenen standardisierten „Routineverfahren“ können daher nur von umfassend ausgebildeten Klinikern hinreichend flexibel angewandt werden.

Mit dem Vorliegen empirisch gut abgesicherter spezifischer Therapieverfahren für eine Vielzahl von Störungen ist es möglich geworden, aus der nosologischen Einordnung der Patienten direkt Indikationen für das therapeutische Vorgehen abzuleiten (Longabaugh et al., 1986). Allerdings basieren diese Indikationsentscheidungen nicht auf einer vollständigen Antwort auf die oben dargestellte allgemeine Frage der differentiellen Indikation im Sinne Pauls (1967). Eine ideale und vollständige Beantwortung dieser Frage würde riesige faktorielle Versuchspläne voraussetzen, bei denen alle genannten Variablengruppen (Patienten, Störungen, Therapeuten, Therapieverfahren, Umgebungen) systematisch variiert werden müßten. Solche Studien sind aus rein praktischen Gründen nicht durchführbar. Selbst mit einer Datenbasis von dem Umfang der Metanalyse der Psychotherapieforschung von Smith et al. (1980) ist eine befriedigende Antwort auf diese Frage nicht möglich, wie die Autoren dieser inzwischen ebenfalls klassischen Arbeit feststellen mußten. Darüber hinaus ist diese Frage als Grundfrage der Psychotherapieforschung und auch aus wissenschaftstheoretischer Sicht kritisiert worden (Westmeyer, 1981). Wie Bommert et al. (1990) bemerken, reicht es allerdings nicht aus, sich mit der Kritik an dieser Grundfrage zu begnügen, da Indikationsfragen von großer praktischer Bedeutung sind. Indikationsentscheidungen werden tagtäglich in großer Zahl getroffen, wobei leider wohl meistens implizite Theorien, subjektive Erfahrungen oder einfach nur mangelnde Kenntnisse über die Alternativen ausschlaggebend sind. Dies ist umso bedauerlicher, als die Psychotherapieforschung inzwischen wesentliche Erkenntnisse auch zu der Frage der differentiellen Indikation erbracht hat, die jedoch von weiten Teilen des Psychotherapiesektors noch immer kaum zur Kenntnis genommen werden (Grawe, 1992).

Worin kann eine praktikable Lösung des Indikationsproblems liegen, wenn eine rundum befriedigende Antwort auf die allgemeine Indikationsfrage nicht erreicht werden kann? Nach unserer Auffassung ist es die derzeit beste Lösung, spezifischen Störungen diejenigen Therapieverfahren zuzuordnen, deren Wirksamkeit in der bisherigen Therapieforschung bereits abgesichert werden konnte. Wie oben bemerkt, liegen ja für die meisten psychischen Störungen inzwischen Verfahren vor, die sich in der empirischen Überprüfung bewährt haben. Falls bei einer Störung mehrere Ansätze existieren, ist es die Aufgabe der Forschung, direkte Vergleiche durchzuführen, um die Wahl auf eine rationale Basis zu stellen. Als Richtschnur für die Beurteilung empirischer Validierung können Kriterien herangezogen werden, die eine eigens eingesetzte „Arbeitsgruppe zur Förderung und Verbreitung psychologischer Verfahren“ der Division 12 (Klinische Psychologie) der American Psychological Association (APA) unter dem Vorsitz von David Barlow kürzlich publizierte (APA Task Force, 1993, deutsche Übersetzung von Hahlweg, 1995). Diese Arbeitsgruppe schloß Vertreter verhaltenstherapeutischer, interpersoneller und psychodynamischer Richtungen ein, die sich auf Kriteriaussätze für die Beurteilung von „Therapieformen mit gut belegter Wirksamkeit“ und „wahrscheinlich wirksamen Therapieformen“ einigten (s. hierzu Hahlweg, 1995). Um anzuerkennen, daß nicht nur eine „science base“, sondern auch

Tabelle 7  
Beispiele empirisch validierter Behandlungen (nach APA-Arbeitsgruppe  
zur Förderung und Verbreitung psychologischer Verfahren)

---

*Gut abgesicherte Behandlungen*

- Beck's kognitive Therapie der Depression
- Verhaltensmodifikation bei Entwicklungsstörungen
- Verhaltensmodifikation bei Enuresis und Enkopresis
- Verhaltenstherapie für Kopfschmerzen und Reizkolon
- Verhaltenstherapie bei weiblichen Orgasmusbeschwerden und männlichen Erektionsbeschwerden
- Behaviorale Partnertherapie
- Kognitive Verhaltenstherapie bei chronischen Schmerzen
- Kognitive Verhaltenstherapie bei Paniksyndrom und Agoraphobie
- Kognitive Verhaltenstherapie bei generalisiertem Angstsyndrom
- Konfrontationstherapie bei Phobien und posttraumatischen Belastungsstörungen
- Konfrontation und Reaktionsverhinderung bei Zwangssyndromen
- Psychoedukative Familienbetreuung bei Schizophrenien
- Kognitive Verhaltenstherapie in Gruppen bei Sozialphobien
- Interpersonelle Therapie bei Bulimie
- Interpersonelle Therapie bei Depression
- Elterntrainingsprogramme bei Kindern mit oppositionellem Trotzverhalten
- Systematische Desensibilisierung bei spezifischen Phobien
- Münzsysteme (Token Economy) bei chronischen psychiatrischen Patienten

*Wahrscheinlich wirksame Behandlungen*

- Angewandte Entspannung (Applied Relaxation) bei Paniksyndrom
  - Kurze psychodynamische Therapien (Patientengruppen nicht ausreichend detailliert)
  - Verhaltensmodifikation bei Sexualstraftätern
  - Dialektische Verhaltenstherapie bei Borderline-Persönlichkeitsstörung
  - Emotional fokussierte Paartherapie
  - Habit Reversal Training und Habit Control Techniken
  - Lewinsohn's psychoedukative Behandlung bei Depressionen
- 

Erkenntnisse i. S. einer „experience base“ von Bedeutung sind, wurden neben den klassischen, kontrollierten Gruppenstudien auch Einzelfallexperimente und Fallserien anerkannt, wenn sie Mindestvoraussetzungen zum Schutz vor Verzerrungen genügten. Die Arbeitsgruppe veröffentlichte eine vorläufige, explizit als noch unvollständig ausgewiesene Liste von Verfahren, die den beiden Kriteriensätzen genügen. Tabelle 7 gibt die Liste wider (vgl. auch Hahlweg, 1995).

Die in der Tabelle aufgeführten Therapieverfahren betreffen nur das störungsspezifische Vorgehen. Daneben kommen natürlich im therapeutischen Prozeß auch andere, weniger auf die Störung zugeschnittene Therapieinterventionen zur Anwendung, auf die wir hier nicht genauer eingehen können. Neben den Technikvariablen sind außerdem die Faktoren der therapeutischen Beziehung von Bedeutung (vgl. Zimmer, 1983; Schindler, 1991; Margraf & Brengelmann, 1992; Hoffmann, 1996). Weiterhin muß im Auge behalten

werden, daß sich im Verlauf der Therapie weitere Problembereiche ergeben können, die neuer Therapieinterventionen bedürfen. So können im Anschluß an eine Reizkonfrontationstherapie bei einem agoraphobischen Patienten weitere Probleme im Sozialbereich oder in der Partnerbeziehung auftauchen, die bislang von der Agoraphobie überlagert und daher nicht sichtbar waren. In solchen Fällen müssen neue diagnostische Schritte eingeleitet werden und gegebenenfalls weitere therapeutische Interventionen folgen, deren Darstellung jedoch den Rahmen des vorliegenden Kapitels sprengen würde. Am deutlichsten lassen sich die Ausführungen dieses Abschnittes vielleicht am Beispiel der Angststörungen veranschaulichen. Eine ausführliche Darstellung zur Differentialdiagnose der Angststörungen und den daraus folgenden Therapieindikationen haben wir an anderer Stelle gegeben (Schneider & Margraf, 1990).

### 7 Schlußbemerkung

Abschließend kann festgehalten werden, daß frühere grundlegende Zweifel an der Bedeutung der klassifikatorischen Diagnostik psychischer Störungen für die Therapie heute nicht mehr berechtigt sind. Verantwortlich dafür sind zum einen die Verbesserung der Klassifikationssysteme und die darauf aufbauende standardisierte Befunderhebung v. a. durch strukturierte Interviews, zum anderen die Fortschritte bei der Entwicklung störungsspezifischer Therapieverfahren. Nach unserer Auffassung besteht die optimale Diagnostik in der Praxis aus einer sinnvollen Kombination strukturierter Interviews mit weiterführenden Maßnahmen wie einer vereinfachten Problemanalyse und gegebenenfalls psychometrischen Verfahren. Aus einer solchen Diagnostik können dann mit Hilfe der Ergebnisse der Psychotherapieforschung Konsequenzen für die differentielle Indikation gezogen werden. Allerdings muß darauf hingewiesen werden, daß gerade der letztere Punkt sich in der Praxis noch nicht ubiquitär durchgesetzt hat. Grawe (1992, S.135) hat in ebenso eloquenter wie sachlich fundierter Weise darauf hingewiesen, daß das Ignorieren des Ergebnisstandes der Psychotherapieforschung in weiten Teilen der Psychotherapieszene gegenwärtig „noch nicht einmal den Charakter eines Kavaliersdeliktes“ hat. Seiner Ansicht nach ist die Irrelevanz der Psychotherapieforschung für die Praxis eines der bestgepflegten Stereotype dieser Szene und erfüllt vor allem die Funktion, anders nicht haltbare Praktiken vor der Veränderung zu schützen. Es bleibt zu hoffen, daß sich dieser Zustand durch eine Verbesserung der Ausbildung und ein zunehmendes Verantwortungsgefühl der Psychotherapeuten gegenüber ihren Patienten ändern wird.

### Weiterführende Literatur

- Themenheft der „Diagnostica“, 1988, Band 34, Heft 1.  
Dilling, H., Mombour, W. & Schmidt, M. H. (Hrsg.). (1993). Weltgesundheitsorganisation: *Internationale Klassifikation psychischer Störungen. ICD-10 Kapitel V(F). Klinisch-diagnostische Leitlinien* (2. Aufl.). Bern: Huber.

- Grawe, K., Donati, R. & Bernauer, F. (1994). *Psychotherapie im Wandel. Von der Konfession zur Profession*. Göttingen: Hogrefe.
- Margraf, J., Schneider, S. & Ehlers, A. (Hrsg.). (1994). *Diagnostisches Interview bei psychischen Störungen (DIPS)* (2. Aufl.). Berlin: Springer.
- Saß, H., Wittchen, H.-U. & Zaudig, M. (Hrsg.). (1996). *Diagnostisches und Statistisches Manual Psychischer Störungen DSM-IV*. Göttingen: Hogrefe.

### Literatur

- American Psychiatric Association (Ed.). (1980). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders, Third edition (DSM-III)*. Washington, D.C.: American Psychiatric Press.
- American Psychiatric Association (Ed.). (1987). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders, Third edition – Revised (DSM-III-R)*. Washington, D.C.: American Psychiatric Press.
- American Psychiatric Association (Ed.). (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders, Fourth edition – (DSM-IV)*. Washington, D.C.: American Psychiatric Press.
- Auerbach, A. H. & Childress, A. R. (1987). The value of DSM-III for psychotherapy. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 175, 138–142.
- Barlow, D. H. (1988). *Anxiety and its disorders*. New York: Guilford Press.
- Barlow, D. H. (1992). Diagnose, DSM-IV und dimensionale Klassifikationsansätze. In W. Fiegenbaum, J. Margraf, I. Florin & A. Ehlers (Hrsg.), *Zukunftsperspektiven der Klinischen Psychologie*. Berlin: Springer.
- Bartling, G., Engberding, M., Echelmeyer, L. & Krause, R. (1992). *Problemanalyse* (2. Aufl.). Stuttgart: Kohlhammer.
- Bartling, G., Fiegenbaum, W. & Krause, R. (1980). *Reizüberflutung. Theorie und Praxis*. Stuttgart: Kohlhammer.
- Bastine, R. (1981). Adaptive Indikationen in der zielorientierten Psychotherapie. In Baumann, U. (Hrsg.), *Indikation zur Psychotherapie. Perspektiven für Praxis und Forschung*. München: Urban & Schwarzenberg.
- Baumann, U. (Hrsg.). (1981). *Indikation zur Psychotherapie. Perspektiven für Praxis und Forschung*. München: Urban & Schwarzenberg.
- Baumann, U. & v. Wedel, B. (1981). Stellenwert der Indikationsfrage im Psychotherapiebereich. In U. Baumann (Hrsg.), *Indikation zur Psychotherapie. Perspektiven für Praxis und Forschung*. München: Urban & Schwarzenberg.
- Baumann, U. (1990). Klinisch-Psychologische Diagnostik: gibt es Alternativen zur klassischen Diagnostik?. Editorial zum Themenschwerpunkt Klinische Diagnostik. *Zeitschrift für Klinische Psychologie*, 19, 179–182.
- Bommert, H., Henning, T. & Wälte, D. (1990). *Indikation zur Familientherapie*. Stuttgart: Kohlhammer.
- Bronisch, T., Hiller, W., Mombour, W. & Zaudig, M. (1995). *Internationale Diagnosen-Checkliste für Persönlichkeitsstörungen – ICDL-P*. Bern: Huber.
- Colby, K. M. (1964). Psychotherapeutic processes. *Annual Review of Psychology*, 15, 347–370.
- Cranach, M. v. (1982). *Standardisiertes verfahren zur Erhebung des psychopathologischen Befundes des PSE*. Deutsche Bearbeitung des PSE (Present State Examination). Weinheim: Beltz.

- Dilling, H., Mombour, W. & Schmidt, M. H. (Hrsg.). (1993). Weltgesundheitsorganisation: Internationale Klassifikation psychischer Störungen. ICD-10 Kapitel V (F). Klinisch diagnostische Richtlinien (2. Aufl.). Bern: Huber.
- Dilling, H., Schulte-Markwort, E. & Freyberger, H. J. (Hrsg.). (1994 a). *Von der ICD-9 zur ICD-10*. Bern: Huber.
- Dilling, H., Mombour, W., Schmidt, M. H. & Schulte-Markwort, E. (Hrsg.). (1994 b). Weltgesundheitsorganisation: *Internationale Klassifikation psychischer Störungen. ICD-10 Kapitel V(F). Forschungskriterien*. Bern: Huber.
- DiNardo, P. A., Moras, K., Barlow, D. H., Rapee, R. M. & Brown, T. A. (1993). Reliability of DSM-III-R anxiety disorder categories using the Anxiety Disorders Interview Schedule-Revised. *Archives of General Psychiatry*, 50, 251–256.
- DiNardo, P. A., Brown, T. A. & Barlow, D. H. (1994). *Anxiety Disorders Interview Schedule for DSM-IV: Lifetime Version. (ADIS-IV-L)*. Albany, NY: Graywind Publications.
- Dittmann, V., Dilling, H. & Freyberger, H. J. (Hrsg.). (1992). *Psychiatrische Diagnostik nach ICD-10 – klinische Erfahrungen bei der Anwendung. Ergebnisse der ICD-10-Merkmalslistenstudie*. Bern: Huber.
- Endicott, J. & Spitzer, R. L. (1978). The Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia. *Archives of General Psychiatry*, 35, 837–844.
- Feighner, J. P., Robins, E., Guze, S. B., Woodruff, R. A., Winokur, G. & Munoz, R. (1972). Diagnostic criteria for use in psychiatric research. *Archives of General Psychiatry*, 26, 57–63.
- Florin, I. (1988). *Verhaltensmedizin: Ein zukunftsweisender Ansatz in der Psychosomatik*. Vortrag anlässlich des 10-jährigen Bestehens der internistisch-psychosomatischen Fachklinik Hochsauerland, Fredeburg, Oktober 1988.
- Florin, I. & Fiegenbaum, W. (1991). Gestern, heute und morgen. *Verhaltenstherapie*, 1, 149–150.
- Frances, A. J., First, M. B., Widiger, T. A., Miele, G. M., Tilly, S. M., Davis, W. W. & Pincus, H. A. (1992). An A to Z guide to DSM-IV conundrums. *Journal of Abnormal Psychology*, 100, 407–412.
- Franke, G. (1995). *Die Symptom-Checkliste von Derogatis – Deutsche Version (SCL-90-R)*. Göttingen: Beltz.
- Fydrich, T., Laireiter, A. R., Saile, H. & Engberding, M. (1996). Diagnostik und Evaluation in der Psychotherapie: Empfehlungen zur Standardisierung. *Zeitschrift für Klinische Psychologie*, 25, 161–168.
- Fydrich, T., Renneberg, B., Schmitz, B. & Wittchen, H. U. (1997). *Strukturiertes Klinisches Interview für DSM-IV, Achse II (Persönlichkeitsstörungen)*. Göttingen: Hogrefe.
- Grawe, K. (1992). Psychotherapieforschung zu Beginn der neunziger Jahre. *Psychologische Rundschau*, 43, 132–162.
- Grawe, K., Donati, R. & Bernauer, F. (1994). *Psychotherapie im Wandel. Von der Konfession zur Profession*. Göttingen: Hogrefe.
- Hahlweg, K. (1995). Zur Förderung und Verbreitung psychologischer Verfahren: Ein APA-Bericht. *Zeitschrift für Klinische Psychologie*, 24, 275–284.
- Hiller, W., Zaudig, M. & Mombour, W. (1990). Development of diagnostic checklists for use in routine clinical care. *Archives of General Psychiatry*, 47, 782–784.
- Hiller, W., Zaudig, M. & Mombour, W., Weltgesundheitsorganisation (1995). *Internationale Diagnosen Checklisten für ICD-10 (IDCL)*. Bern: Huber.
- Hoffmann, N. (1996). Therapeutische Beziehung und Gesprächsführung. In J. Margraf (Hrsg.), *Lehrbuch der Verhaltenstherapie* (Band 1). Berlin: Springer.

- Jacob, R. G. & Rapport, M. D. (1984). Panic disorder. Medical and psychological parameters. In S. M. Turner (Ed.), *Behavioral theories and treatments of anxiety*. New York: Plenum Press.
- Jacobson, N., Schmalings, K. B., Holtzworth-Munroe, A., Katt, J. L., Wood, L. F. & Follette, V. M. (1989). Research-structured vs. clinically flexible versions of social learning-based marital therapy. *Behaviour Research and Therapy*, 27, 173–180.
- Journal of Abnormal Psychology*, 1992, 100, Special Issue Diagnoses, dimensions, and DSM-IV: The science of classification.
- Kendell, R. E. (1978). *Die Diagnose in der Psychiatrie*. Stuttgart: Enke.
- Kendler, K. S. (1990). Toward a scientific psychiatric nosology. Strengths and limitations. *Archives of General Psychiatry*, 47, 969–973.
- Kiesler, D. J. (1966). Some myths of psychotherapy research and the search for a paradigm. *Psychological Bulletin*, 65, 110–136.
- Kiresuk, T. & Sherman, R. E. (1968). Goal attainment scaling: A general method for evaluating comprehensive community mental health programs. *Community Mental Health Journal*, 4, 443–453.
- Klerman, G. L. (1984). The advantages of DSM-III. *American Journal of Psychiatry*, 141, 539–542.
- Kröber, H. L. (1986). Gefährdet Psychopathologie die Psychotherapie? Anmerkungen zur Diskussion um das DSM-III. *Psychotherapie, Psychosomatik, Medizinische Psychologie*, 36, 89–90.
- Longabaugh, R., Stout, R., Kriebel, G. W., McCullough, L. & Bishop, D. (1986). DSM-III and clinically identified problems as a guide to treatment. *Archives of General Psychiatry*, 43, 1097–1103.
- Margraf, J. (1994). *Mini-DIPS. Diagnostisches Kurzinterview bei psychischen Störungen*. Berlin: Springer.
- Margraf, J. & Brengelmann, J. C. (Hrsg.). (1992). *Die Therapeut-Patient-Beziehung in der Verhaltenstherapie*. München: Gerhard Röttger Verlag.
- Margraf, J. & Schneider, S. (1990). *Panik. Angstanfälle und ihre Behandlung* (2. Aufl.). Berlin: Springer.
- Margraf, J., Schneider, S. & Ehlers, A. (Hrsg.). (1994). *Diagnostisches Interview bei psychischen Störungen (DIPS)* (2. Aufl.). Berlin: Springer.
- Margraf, J., Schneider, S., Soeder, U., Neumer, S. & Becker, E. (1996). *Diagnostisches Interview bei psychischen Störungen – Forschungsversion (F-DIPS)*. Unveröffentlichtes Manual, Technische Universität Dresden.
- Margraf, J., Schneider, S. & Spörkel, H. (1991). Therapiebezogene Diagnostik: Validität des Diagnostischen Interviews bei psychischen Störungen (DIPS). *Verhaltenstherapie*, 1, 110–119.
- Maser, J. D., Kaelber, C. & Weise, R. E. (1992). International use and attitudes towards DSM-III and DSM-III-R: Growing consensus in psychiatric classification. *Journal of Abnormal Psychology*, 100, 271–279.
- McCue, E. C. & McCue, P. A. (1984). Organic and hyperventilatory causes of anxiety-type symptoms. *Behaviour Therapy*, 12, 308–317.
- Menninger, K. (1974). *Das Leben als Balance*. München: Piper.
- Meyer, A.-E., Richter, R., Grawe, K., v. der Schulenburg, J.-M. & Schulte, B. (1991). *Forschungsgutachten zu Fragen eines Psychotherapeutengesetzes*. Bonn: Bundesgesundheitsministerium.
- Millon, T. (1992). Classification in psychopathology: Rationale, alternatives, and standards. *Journal of Abnormal Psychology*, 100, 245–261.

- Möller, H.-J. (1998). Probleme der Klassifikation und Diagnostik. In H. Reinecker (Hrsg.), *Lehrbuch der Klinischen Psychologie. Modelle psychischer Störungen* (3. Aufl.). Göttingen: Hogrefe.
- Moras, K. & Barlow, D.H. (1992). Dimensionale Diagnose und das Problem von Angst und Depression. In W. Fiegenbaum, J. Margraf, I. Florin & A. Ehlers (Hrsg.), *Zukunftsperspektiven der Klinischen Psychologie*. Berlin: Springer.
- Müller-Oerlinghausen, B. & Linden, M. (1981). Rationalität der Indikation zu pharmakologischer Behandlung. In U. Baumann (Hrsg.), *Indikation zur Psychotherapie. Perspektiven für Praxis und Forschung*. München: Urban & Schwarzenberg.
- Müßigbrodt, H., Kleinschmidt, S., Schürmann, A., Freyberger, H.J. & Dilling, H. (1996). *Psychische Störungen in der Praxis*. Bern: Huber.
- Paul, G. L. (1967). Strategy of outcome research in psychotherapy. *Journal of Consulting Psychology*, 31, 109–118.
- Pharmacopsychiatry*, 1990, 23, Sonderheft, 135–216.
- Regier, D. A., Myers, J. K., Kramer, M., Robins, L. N., Blazer, D. G., Hough, R. L., Eaton, W. W. & Locke, B. Z. (1985). Historical context, major objectives, and study design. In W. W. Eaton & L. G. Kessler (Ed.), *Epidemiologic field methods in psychiatry – The NIMH epidemiologic catchment area program*. New York: Academic Press.
- Reinecker, H. (1987). *Grundlagen der Verhaltenstherapie*. München: Urban & Schwarzenberg.
- Remschmidt, H. & Schmidt, M. H. (Hrsg.). (1996). *Multiaxiales Klassifikationsschema für psychische Störungen des Kindes- und Jugendalters nach ICD-10 der WHO* (3. Aufl.). Bern: Huber.
- Robins, L. N., Helzer, J. E., Croughan, J. & Radcliff, K. S. (1981). The National Institute of Mental Health Diagnostic Interview Schedule. Its history, characteristic and validity. *Archives of General Psychiatry*, 38, 381–389.
- Rosenhan, D. L. (1973). On being sane in insane places. *Science*, 179, 250–258.
- Saß, H., Wittchen, H.-U. & Zaudig, M. (Hrsg.). (1996). *Diagnostisches und Statistisches Manual Psychischer Störungen DSM-IV*. Göttingen: Hogrefe.
- Schindler, L. (1991). *Die empirische Analyse der therapeutischen Beziehung. Beiträge zur Prozeßforschung in der Verhaltenstherapie*. Berlin: Springer.
- Schneider, S. & Margraf, J. (1990). Therapiebezogene Diagnostik der Angststörungen. In W. Fiegenbaum & J. C. Brengelmann (Hrsg.), *Angststörungen. Diagnose und Therapie*. München: Gerhard Röttger Verlag.
- Schneider, S. & Margraf, J. (1996). Fragebogen, Ratingskalen und Tagebücher für die verhaltenstherapeutische Praxis. In J. Margraf (Hrsg.), *Lehrbuch der Verhaltenstherapie* (Band 1). Berlin: Springer.
- Schneider, S. & Margraf, J. (Hrsg.). (in Vorbereitung). *Diagnostisches Interview bei Psychischen Störungen für DSM-IV (DIPS-IV)*. Berlin: Springer.
- Schneider, S., Margraf, J., Spörkel, H. & Franzen, U. (1992). Therapiebezogene Diagnostik: Reliabilität des Diagnostischen Interviews bei psychischen Störungen (DIPS). *Diagnostica*, 38, 209–227.
- Schulte, D. (Hrsg.). (1974). *Diagnostik in der Verhaltenstherapie* (2. Aufl.). München: Urban & Schwarzenberg.
- Schulte, D. (1992). *Verhaltenstherapeutische diagnostische Konzepte*. Vortrag auf der Tagung „Von der ICD-9 zur ICD-10: Neue Ansätze der Diagnostik psychischer Störungen in der Psychiatrie, Psychosomatik und Kinder- und Jugendpsychiatrie“, Lübeck, Mai 1992.

- Schulte, D., Künzel, R., Pepping, G. & Schulte-Bahrenberg, T. (1991). Maßgeschneiderte Psychotherapie versus Standardtherapie bei der Behandlung von Phobikern. In D. Schulte (Hrsg.), *Therapeutische Entscheidungen*. Göttingen: Hogrefe.
- Schulte, D., Künzel, R., Pepping, G. & Schulte-Bahrenberg, T. (1992). Tailor-made versus standardized therapy of phobic patients. *Advances in Behaviour Research and Therapy*, 14, 67–92.
- Schulte, D. & Wittchen, H.-U. (1988 a). Klassifikation psychischer Störungen und Klinische Diagnostik. Neue Ansätze, neue Methoden, neue Möglichkeiten. *Diagnostica*, 34, 1–2.
- Schulte, D. & Wittchen, H.-U. (1988 b). Wert und Nutzen klassifikatorischer Diagnostik für die Psychotherapie. *Diagnostica*, 34, 85–98.
- Schuster, D. (1985). Zum Problem der Nosologie bzw. Klassifikation in der Psychiatrie anhand des DSM-III unter besonderer Berücksichtigung der Neurosen und Persönlichkeitsstörungen. *Psychotherapie, Psychosomatik, Medizinische Psychologie*, 35, 75–77.
- Smith, M. L., Glass, G. V. & Miller, T. I. (1980). *The benefits of psychotherapy*. Baltimore, MD: Johns Hopkins University Press.
- Spitzer, R. L., Endicott, J. & Robins, E. (1975). Clinical criteria for psychiatric diagnosis and DSM-III. *American Journal of Psychiatry*, 123, 1187–1192.
- Spitzer, R. L., Endicott, J. & Robins, E. (1977). Research diagnostic criteria. Rationale and reliability. *Archives of General Psychiatry*, 35, 773–782.
- Spitzer, R. L., Williams, J. B. W., Gibbon, M. & First, M. B. (1990). *Structured clinical interview for DSM-III-R*. Washington, D.C.: American Psychiatric Press.
- Strian, F., Jacobi, C. & Margraf, J. (1996). Somatische Differentialdiagnose. In J. Margraf (Hrsg.), *Lehrbuch der Verhaltenstherapie* (Band 1). Berlin: Springer.
- Tuschen, B. (1996). Problemanalyse. In J. Margraf (Hrsg.), *Lehrbuch der Verhaltenstherapie* (Band 1). Berlin: Springer.
- Unnewehr, S., Schneider, S. & Margraf, J. (Hrsg.). (1995). *Kinder-DIPS. Diagnostisches Interview bei psychischen Störungen im Kindes- und Jugendalter*. Berlin: Springer.
- Waadt, S., Laessle, R. G. & Pirke, K. (1992). *Bulimie*. Berlin: Springer.
- Westmeyer, H. (1981). Allgemeine methodologische Probleme der Indikation in der Psychotherapie. In U. Baumann (Hrsg.), *Indikation zur Psychotherapie. Perspektiven für Praxis und Forschung*. München: Urban & Schwarzenberg.
- Widiger, T. A., Frances, A. J., Pincus, H. A., Davis, W. W. & First, M. B. (1992). Toward an empirical classification for the DSM-IV. *Journal of Abnormal Psychology*, 100, 280–288.
- Wing, J. K., Cooper, J. E. & Sartorius, N. (1974). *The measurement and classification of psychiatric symptoms*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Wittchen, H.-U. (1991). ICD-10 und Verhaltenstherapie? *Verhaltenstherapie*, 1, 99–109.
- Wittchen, H.-U. & Pfister, H. (1996). *DIA-X – Diagnostisches Expertensystem für ICD-10 und DSM-IV*. Swets & Zeitlinger.
- Wittchen, H.-U. & Schulte, D. (1988). Diagnostische Kriterien und operationalisierte Diagnosen. Grundlagen der Klassifikation psychischer Störungen. *Diagnostica*, 34, 3–27.
- Wittchen, H.-U. & Semler, G. (1990). *Composite International Diagnostic Interview – CIDI-Version 1*. Weinheim: Beltz Test. Version 2 in Vorbereitung.
- Wittchen, H.-U., Semler, G., Schramm, E. & Spengler, P. (1988). Diagnostik psychischer Störungen mit strukturierten und standardisierten Interviews: Konzepte und Vorgehensweisen. *Diagnostica*, 34, 58–84.

- Wittchen, H.-U. & Unland, H. (1991). Neue Ansätze zur Symptomerfassung und Diagnosestellung nach IND-10 und DSM-III-R: Strukturierte und standardisierte Interviews. *Zeitschrift für Klinische Psychologie*, 20, 321–342.
- Wittchen, H.-U. & Vossen, A. (1996). Komorbiditätsstrukturen bei Angststörungen. In J. Margraf (Hrsg.), *Lehrbuch der Verhaltenstherapie* (Band 1). Berlin: Springer.
- Wittchen, H.-U., Zaudig, M., Köhler, K. & Sass, H. (Hrsg.). (1989). *Diagnostisches und Statistisches Manual für psychische Störungen DSM-III-R*. Weinheim: Beltz Test Gesellschaft.
- Wittchen, H.-U., Wunderlich, U., Gruschwitz, S. & Zaudig, M. (1997). *Strukturiertes Klinisches Interview für DSM-IV, Achse-I (SKID-I)*. Göttingen: Hogrefe.
- Wittchen, H.-U., Zaudig, M., Spengler, P., Mombour, W., Hiller, W., Essau, C. A., Rummler, R., Spitzer, R. L. & Williams, J. (1991). Wie zuverlässig ist operationalisierte Diagnostik? Die Test-Retest-Reliabilität des Strukturierten Klinischen Interviews für DSM-III-R. *Zeitschrift für Klinische Psychologie*, 20, 136–153.
- Wolff, H. & Wehrauch, T. (1996). *Internistische Therapie* (11. Aufl.). München: Urban & Schwarzenberg.
- World Health Organisation (1978). *International classification of diseases (9th revision)*. Genf: WHO.
- World Health Organisation (1992). *Tenth revision of the international classification of diseases, Chapter V(F): Mental and behavioural disorders (including disorders of psychological development). Clinical descriptions and diagnostic guidelines*. Genf: WHO.
- World Health Organisation (1993). *Tenth revision of the international classification of diseases, Chapter V(F): Mental and behavioural disorders (including disorders of psychological development). Research criteria*. Genf: WHO.
- World Health Organisation (1990). *Composite international diagnostic interview (CIDI)*. Genf: WHO.
- Zielke, M. (1979). *Indikation zur Gesprächspsychotherapie*. Stuttgart: Kohlhammer.
- Zielke, M. (1981). Stellenwert der Diagnostik bei Indikationsfragen. In U. Baumann (Hrsg.), *Indikation zur Psychotherapie. Perspektiven für Praxis und Forschung*. München: Urban & Schwarzenberg.
- Zimmer, D. (Hrsg.). (1983). *Die therapeutische Beziehung*. Weinheim: edition psychologie.