

Kapitel 1

Probleme der psychiatrischen Klassifikation und Diagnostik

Hans-Jürgen Möller

1 Definition und Stellenwert der Klassifikation

Jede Wissenschaft bemüht sich, die Phänomene ihres Untersuchungsbereiches zu benennen und sie nach bestimmten Gesichtspunkten zu klassifizieren, um die Phänomene einer systematischen Erforschung zugänglich und die Beobachtungsergebnisse mitteilbar und vergleichbar zu machen. Die dabei benutzten Fachtermini, sprachliche Kürzel für mehr oder minder komplexe Sachverhalte, sollen möglichst gut definiert sein (Möller, 1976), um die wissenschaftliche Kommunikation zu garantieren.

Unter Klassifikation versteht man zweierlei:

- a) primär die Einteilung einer Mannigfaltigkeit (Menge von Merkmalen, Population von Fällen) in ein nach Klassen gegliedertes System (Systematik),
- b) sekundär die Zuordnung einzelner Merkmale bzw. Fälle zu Klassen eines solchen Systems (Diagnostik).

Der Begriff „Klassen“ umschreibt eine Gesamtheit von Elementen mit gemeinsamen Charakteristika.

Die Klassifikation psychischer Störungen ist unter verschiedenen Gesichtspunkten kritisiert worden. Der idiographische Ansatz, der einer individualisierenden Betrachtung des Patienten in der Einmaligkeit seiner Entwicklung, seiner Persönlichkeit und der für ihn pathogenen Situation das Hauptinteresse widmet (Menninger, 1963; Meyer, 1907), stellt die Möglichkeit einer der Individualität des Patienten gerecht werdenden klassifikatorischen Zuordnung prinzipiell in Frage. Dem ist entgegenzuhalten, daß ein solcher Ansatz keineswegs den der klassifikatorischen Zuordnung des Einzelfalles in eine Klasse von Fällen mit ähnlichen Charakteristika und Gesetzmäßigkeiten ausschließt, sondern ihn nur sinnvoll ergänzt und so den Einzelfall spezifizierten ärztlichen Interventionsmöglichkeiten zuführt (v. Zerssen, 1973 a, 1973 b). Radikaler noch als von Anhängern des idiographischen Ansatzes wird die Klassifikation psychischer Störungen von Autoren, die zur sogenannten „Antipsychiatrie“ gezählt werden, kritisiert. Sie schlagen vor, jegliche Klassifika-

tion psychischer Störungen als den Patienten schädigende „Etikettierung“ zu unterlassen (Foudraine, 1973; Laing, 1972; Scheff, 1973; Szasz, 1973), eine Position, die zumindest in ihrer radikalen Ausformulierung, daß die Lebensschwierigkeiten psychisch Kranker, z. B. Schizophrener, lediglich aus der diagnostischen Etikettierung ihrer Verhaltensstörungen und aus der dadurch beeinflußten Einstellung der Mitmenschen resultieren, unhaltbar scheint (Bean, 1979; v. Praag, 1978; Schipkowensky, 1974; v. Zerßen, 1976).

Solchen, mehr oder weniger grundsätzlich kritischen Einstellungen gegenüber einer Klassifikation psychischer Störungen ist ebenso grundsätzlich entgegenzuhalten, daß erst die Klassifikation psychischer Störungen die Grundlagen schafft für die Erforschung der multifaktoriellen Entstehungszusammenhänge solcher Störungen und daß mit der Erkenntnis dieser konditionalen Zusammenhänge Voraussetzungen für eine rationale und empirisch begründete Therapie dieser Störungen geschaffen werden. Die Klassifikation psychischer Störungen kommt somit durchaus den Menschen zugute. Das läßt sich an einfachen Beispielen zeigen. Gäbe es z. B. nicht die Klassifikation in endogene und exogene Psychosen (körperlich begründbare Psychosen), würde man sicherlich nicht hinsichtlich der Therapie dieser psychischen Krankheiten differenzieren, würde also exogene Psychosen wie endogene Psychosen möglicherweise nur mit Neuroleptika und ergänzenden psychosozialen Maßnahmen behandeln, anstatt die körperlichen Ursachen der exogenen Psychosen zu bekämpfen. In einem solchen Fall könnte der Verzicht auf eine adäquate Systematik und Diagnostik letale Folgen für den Patienten haben. Als weiteres Beispiel sei die klassifikatorische Unterscheidung zwischen schizophrenen Psychosen und endogenen Depressionen angeführt. Erst diese Unterscheidung macht die als effektiv bewiesene gezielte psychopharmakologische Behandlung beider Krankheiten möglich: Während bei den schizophrenen Psychosen Neuroleptika indiziert sind, sind zur Behandlung der endogenen Depression Antidepressiva einzusetzen. Ähnliches gilt für die Unterscheidung zwischen endogenen Psychosen und Neurosen. Würde man nicht zwischen diesen beiden nosologischen Gruppen unterscheiden, würde man sicherlich auch hinsichtlich der Behandlung keine Unterschiede machen. Dies würde verhindern, daß die heute als optimal akzeptierten, für beide Krankheitsgruppen unterschiedlichen Therapieformen nicht gemäß ihrer Indikationsstellung angewandt würden.

Aus verhaltenstherapeutischer Sicht wurde der Klassifikation psychischer Störungen, zumindest in der Frühphase der Verhaltenstherapie, kaum Beachtung geschenkt. Entsprechend den lerntheoretischen Konzepten wurde die Störung des Verhaltens in einzelne Elemente (Symptome) zerlegt, deren Reiz-Reaktions-Gesetzmäßigkeiten durch eine individuelle Verhaltensanalyse geklärt und dann auf dieser Grundlage mit verhaltenstherapeutischen Methoden modifiziert wurden. Erst im Zuge wachsender Erfahrungen wurde dabei der von der Psychiatrie entwickelten Systematik psychischer Störungen zunehmend Rechnung getragen in dem Sinne, daß erkannt wurde, daß zumindest die eben geschilderte Grobeinteilung für das therapeutische Vorgehen und dessen Effizienz von großer Bedeutung ist und sich das Hauptanwen-

dungsgebiet der Verhaltenstherapie auf den Bereich der psychologisch erklärten Störungen erstreckt. Die psychoanalytischen Schulen haben, basierend auf den eigenen theoretischen Vorstellungen und von vornherein begrenzt auf die neurotischen Störungen, eigene Systematiken zur Klassifikation der Symptomneurosen und der Charakterneurosen entwickelt, die dann später zum Teil Eingang in die psychiatrische Systematik gefunden haben.

Neben der mehr oder minder totalen Ablehnung einer Klassifikation psychischer Störungen stehen die methodologisch orientierten Kritiker, die zwar prinzipiell die sachliche Berechtigung und sogar Notwendigkeit einer klassifikatorischen Systematik psychischer Störungen anerkennen, aber Anstoß nehmen an Unzulänglichkeiten der jeweils gebräuchlichen Klassifikationssysteme (Costello, 1970; Kendell, 1978; Möller & v. Zerssen, 1984; Mombour, 1975; Spitzer & Klein, 1978). Nach ihrer Auffassung sollte die Klassifikation psychischer Störungen den Ergebnissen empirischer Forschung fortlaufend angepaßt werden, um so die Validität der Systematik und die Reliabilität der Diagnostik zu erfüllen. Das Erkennen von Problemen der Klassifikation psychischer Störungen und die Suche nach Verbesserungsmöglichkeiten bleibt somit ein zentrales Forschungsanliegen, auf dessen Aktualität neben den schon erwähnten eine Reihe weiterer Aufsätze und Monographien hinweisen (Akiskal & Webb, 1978; Copeland, 1978; Fink, 1974; Goodwin & Guze, 1979; Helmchen, 1980; Kendell, 1981; Leff, 1977; Rakoff et al., 1977; Roth, 1978 u. a.).

Im folgenden wird verzichtet auf eine Schilderung der historischen Entwicklung verschiedener Klassifikationsversuche psychischer Störungen (vgl. hierzu Ackerknecht, 1957; de Boer, 1954; Leibbrand & Wettley, 1968; Zilboorg, 1941) sowie auf die Darstellung der einzelnen, auf verschiedenen regionalen Traditionen aufbauenden nosologischen Systeme (vgl. hierzu Meyer, 1961). Statt dessen soll lediglich auf einige prinzipielle Probleme der Klassifikation psychischer Störungen und aktuelle Versuche zu deren Lösung eingegangen werden.

2 Grundprobleme der Klassifikation psychischer Störungen

Logische Klassifikationen sind charakterisiert durch präzise Festlegung der die einzelnen Klassen definierenden Merkmale bzw. Merkmalskombinationen, durch Beibehaltung des Einteilungsgrundes (des Gesichtspunktes, nach dem die Einteilung vorgenommen wird), durch Berücksichtigung aller vorkommenden Phänomene des Untersuchungsbereiches und durch Definition der Einschluß- und Ausschlußkriterien für die Zuordnung von Einzelfällen zu Klassen. Empirische Klassifikationen erreichen zumeist nicht die für logische Klassifikationen geltenden Kriterien (Kendell, 1978; Mombour, 1975, 1976). Das hängt einerseits mit der Komplexität der in der Realität gegebenen Phänomene zusammen, die nur durch Abstraktionen unterschiedlicher Art in Klassen geordnet werden können, andererseits damit, daß bei der empirischen Klassifikation zumeist versucht wird, die Klassenbildung nicht nur aufgrund äußerer Merkmale durchzuführen, sondern darüber hinausge-

hend postulierte oder nachgewiesene Gesetzmäßigkeiten als Klassifikationsmerkmale zu verwenden und so anstelle eines „künstlichen“ Systems ein „natürliches“ System zu schaffen.

Berücksichtigt man die Komplexität der Erscheinungsbilder psychischer Störungen, die fließenden Übergänge zwischen den verschiedenen Formen sowie das unzureichende Wissen über deren Entstehungsbedingungen, so wird aus dem bisher Gesagten ein Großteil der Schwierigkeiten bei der Klassifikation psychischer Störungen verständlich. Das gilt in besonderem Maße für Klassifikationsversuche, bei denen nicht nur die Symptomatik im zeitlichen Querschnitt, sondern auch Annahmen über ursächliche Faktoren, der Spontanverlauf sowie das Ansprechen auf bestimmte therapeutische Maßnahmen als Einteilungsgründe dienen (v. Zerssen, 1973 d). Gerade dieser theoretische Bezugsrahmen ist aber für eine Systematik psychischer Erkrankungen, wie überhaupt für jede Systematik, von größter Bedeutung (Baumann, 1987).

Prinzipiell sind zahlreiche Einteilungsgründe und somit unterschiedliche Klassifikationen psychischer Störungen denkbar: z. B. Ätiopathogenese, Erscheinungsbild, Verlauf, therapeutische Ansprechbarkeit usw. Je nach Wahl der Einteilungsgründe resultieren unterschiedliche Klassifikationen (z. B. in der Psychiatrie das nosologische System Kraepelins oder das der Wernicke-Kleist-Leonhard-Schule) mit z. T. unterschiedlichen Abstraktionsniveaus (Syndromatologie, Nosologie). Die so gebildeten Klassen stellen das Ergebnis eines idealisierenden Abstraktions- und Selektionsprozesses dar. Sie entsprechen nicht real existierenden Entitäten, sondern sind theoretische Begriffe bzw. Konstrukte (Möller, 1976) und damit vom jeweiligen Stand der Theorie abhängig.

Diesem Gesichtspunkt und auch der Tatsache, daß zwischen den verschiedenen Klassen fließende Übergänge bestehen, wird am ehesten die Auffassung gerecht, daß die Klassifikation psychischer Störungen im Grunde eine Typologie ist (v. Zerssen, 1973 b, c, d, e). „Typen“ umfassen alle Merkmale, auf denen die Ähnlichkeiten zwischen den ihnen zugehörigen Gegenständen beruhen, auch wenn einige oder sogar die meisten dieser Gegenstände nicht jedes der den Typus konstituierenden Merkmale aufweisen. Typen kommen real nicht vor, sondern entstehen durch Abstraktion von realen Gegebenheiten. Sie stellen eine Art „Urform“ dar, um die die wirklichen Gegenstände in ihrer individuellen Merkmalskonfiguration variieren. Wegen der ihnen eigenen Randunschärfe haben Typenbegriffe ein gegenüber Klassenbegriffen vergleichsweise weiteres Anwendungsfeld; denn sie werden auch solchen Gegenstandsbereichen gerecht, in denen fließende Übergänge zwischen verschiedenen Phänomenen eine klare Scheidung in einzelne Klassen erschweren oder gar unmöglich machen. Unter diesem Aspekt erscheint die typologische Systematik psychischer Störungen adäquater als eine kategoriale Klassifikation. Man kann dabei zwischen „Extremtypen“ und „Häufungstypen“ unterscheiden. Als Extremtypen bezeichnet man die Extreme an sich normaler Variationsreihen, z. B. den Schwachsinn als Extremvariante der normalen Intelligenzverteilung. Als Häufungstypen bezeichnet man Häufungs-

zentren variabler Formen von krankhaften Verhaltensmustern, wie z. B. bei den Unterformen der Schizophrenie oder den verschiedenen exogenen Reaktionstypen (akute exogene Psychosen).

Neben der Einteilung in Klassen oder Typen, wie sie insbesondere für die nosologische Systematik der Psychiatrie charakteristisch ist, gibt es die Möglichkeit, eine Systematik psychischer Störungen auf dimensionaler Basis durchzuführen (Eysenck, 1960, 1970; Katz et al., 1966 u. a.). Ein solches System ist im einfachsten Falle eindimensional, indem es lediglich ein Kontinuum vom Optimum psychosozialer Anpassung bis zu den schwersten Graden psychosozialer Desintegration beinhaltet (Foulds & Bedford, 1975; Goldberg et al., 1970). Bei mehrdimensionalen Systemen liegen demgegenüber meist Konzepte von Variationen mehrerer Persönlichkeitszüge bzw. Verhaltensmuster zugrunde. Insbesondere Eysenck (1970) hat, ausgehend von verhaltenstheoretischen Konzeptionen und den Resultaten multivariater statistischer Analysen von Fragebogen-Untersuchungen zur Persönlichkeitsmessung, eine dimensionale Systematik psychischer Störungen propagiert. Dabei werden die Phänomene in einem Kontinuum angeordnet, das durch bestimmte Dimensionen – Eysenck schlug Neurotizismus, Psychotizismus und Introversion/Extraversion vor – gekennzeichnet ist. Die zugrunde liegende Annahme Eysencks, daß eine dimensionale Systematik den realen Verhältnissen eher angemessen sei als eine klassifikatorische, da kein grundsätzlicher Unterschied bestehe zwischen den Merkmalen gesunden und krankhaften Verhaltens, ist nicht unbestritten (Kendell, 1978). Diese Auffassung trifft allenfalls für Persönlichkeitsstörungen und Oligophrenien zu, zumindest bei den Psychosen ist aber mit Normabweichungen zu rechnen, bei denen einerseits qualitativ neuartige Elemente jenseits des normalen Erlebnisbereiches auftreten (z. B. Wahnwahrnehmungen) und bei denen andererseits eine anormale Kombination an sich normaler Merkmale vorkommt (v. Zerssen, 1973 d).

Unabhängig von der Beantwortung der Frage, ob eine dimensionale oder eine kategoriale bzw. typologische Systematik psychischer Störungen eher den realen Gegebenheiten entspricht, geht jede dimensionale Systematik in eine kategoriale bzw. typologische über, wenn bestimmte Ausprägungsgrade bestimmter Verhaltensmuster unter Zugrundelegung statistischer Durchschnittswerte als „psychisch gesund“ und „psychisch krank“ bzw. als diagnostisch, therapeutisch und prognostisch relevant eingestuft werden. Die Haupttypen psychopathologischer Erscheinungen werden dann als Extreme (Extremtypen) bestimmter Persönlichkeitszüge bzw. Verhaltensmuster aufgefaßt. In der Systematik Eysencks, die versucht, die Haupttypen psychopathologischer Erscheinungen als Extremvarianten normaler Persönlichkeitszüge darzustellen, werden z. B. die Hysterie als Kombination extremer neurotischer Tendenz mit Extraversion, die Schizophrenie als Kombination von extremem Psychotizismus mit neurotischer Tendenz und Introversion gekennzeichnet.

Eine Systematik psychischer Störungen, die als brauchbare Grundlage für Entscheidungen und Interventionen dienen kann, muß mindestens folgende Kriterien erfüllen:

- a) Sie muß optimale Prognosen über Spontanverlauf und therapeutische Ansprechbarkeit ermöglichen.
- b) Sie muß Schlüsse auf ursächliche Faktoren ermöglichen.
- c) Sie muß eine reliable Zuordnung der Einzelfälle zu den Klassen bzw. Typen ermöglichen.

Je mehr eine Systematik psychischer Störungen diese Kriterien erfüllt, desto besser ist sie für die Praxis geeignet (Möller et al., 1978).

3 Syndromatologische Klassifikation

Insbesondere in jüngerer Zeit wird der syndromatologischen Klassifikation wieder vermehrt Rechnung getragen. Dies steht u. a. im Zusammenhang mit den von einigen Autoren besonders kritisch gesehenen Validitäts- und Reliabilitätsproblemen der psychiatrischen Klassifikation (vgl. Costello, 1970) sowie insbesondere auch mit der Entwicklung der Psychopharmakologie, die nach Auffassung vieler ihrer Vertreter eher syndromorientiert als nosologisch orientiert vorgeht (vgl. Möller, 1987).

Die Syndromatologie psychischer Störungen ist auf klinisch intuitiver Basis entstanden. Sie beschreibt das gemeinsame Auftreten von Symptomen ohne Rücksicht auf deren Entstehungsbedingungen. Psychopathologische Syndrome sind hinsichtlich der ihnen zugrunde liegenden ätiopathogenetischen Faktoren unspezifisch: Gleichen Syndromen können unterschiedliche Ursachen zugrunde liegen, gleiche Ursachen können unterschiedliche Syndrome zur Folge haben (vgl. v. Zerssen, 1973 c). Allerdings gibt es bestimmte Assoziationen globaler Art, wie z. B., daß körperlich begründete Psychosen meist als akute exogene Reaktionstypen bzw. chronische hirnorganische Psychosyndrome in Erscheinung treten.

Statistische Methoden, mit denen das gehäufte gemeinsame Auftreten von Einzelsymptomen untersucht werden kann, sind Faktoren- und Clusteranalyse. Bei den mit diesen Methoden der multivariaten Statistik durchgeführten Auswertungen verwendet man als Ausgangsmaterial Daten aus mittels Schätzskaalen erhobenen psychopathologischen Befunden (Möller & v. Zerssen, 1982, 1983). Aus solchen Untersuchungen, die mit verschiedenen Schätzskaalen, an verschiedenen Patientenkollektiven und in verschiedenen Ländern durchgeführt wurden, ergaben sich insgesamt gesehen immer wieder ähnliche Gruppenfaktoren oder Symptomcluster und die Symptomzuordnung zu den Syndromen erwies sich als relativ stabil (vgl. Baumann & Stieglitz, 1983; Cairns et al., 1983; Lorr, 1974; Möller & Hacker, 1988; Mombour, 1972; Overall & Klett, 1972). Diese durch multivariate statistische Methoden ermittelten Syndrome entsprechen einigen der auf klinisch-intuitiver Basis entstandenen tradierten Syndromen: z. B. paranoid-halluzinatorisches Syndrom, manisches Syndrom, depressives Syndrom, apathisches Syndrom, hypochondrisches Syndrom, phobisch-anankastisches Syndrom, mnestisches Syndrom (Mombour, 1974). Diese Syndrome können somit als empirisch

bestätigt angesehen werden, wenn man davon ausgeht, daß auch der klinische Syndrombegriff das gehäufte gemeinsame Auftreten von Einzelsymptomen meint. Die Einbeziehung einer größeren Varietät psychopathologischer Zustandsbilder, insbesondere körperlich bedingter und neurotischer (Meyer, 1972), würde wahrscheinlich weitere klinisch beschriebene Symptome bestätigen. Bei neurotischen Störungen scheint u. a. der Faktor emotionale Instabilität, von Eysenck (1970) und anderen Autoren als „Neurotizismus“ bezeichnet, von Bedeutung, da er offenbar zwischen Gesunden und Neurotikern differenziert (Fahrenberg et al., 1978).

Ausgehend von Syndromen läßt sich eine syndromatologische Klassifikation von Fällen dadurch erreichen, daß man aufgrund multivariater statistischer Analysen von Patientenstichproben mehrere Syndrome jeweils bestimmter Ausprägung zu typischen Syndromprofilen zusammenfaßt. Mittels solcher Syndromprofile kann man ohne Rücksicht auf die gestellte klinische Diagnose, nur aufgrund der Ähnlichkeit der Profile, zu diagnostischen Gruppierungen gelangen, wie Lorr (1966) am Beispiel endogener Psychosen gezeigt hat. Diese typischen Syndromprofile können mit bekannten Diagnosen übereinstimmen. Tun sie es nicht, so bleibt allerdings meist unklar, was mit den neu gefundenen Diagnosetypen anzufangen ist. Der Versuch, damit eine neue Art von Klassifikation aufzubauen, wurde bisher nicht in größerem Umfang verwirklicht (Mombour, 1976). Statt dessen beschränkt man den umgekehrten Weg, ging von klinisch gestellten Diagnosen aus und ermittelte empirisch das Durchschnittsprofil für jede Diagnosegruppe (Baumann & Stieglitz, 1983; Gebhardt et al., 1981; Möller & v. Zerssen, 1980; Mombour, 1974), ein Verfahren, das prinzipiell auch auf der Symptomebene anwendbar ist, dort aber meist als Häufigkeitsanalyse durchgeführt wird (Diebold & Engel, 1977; Mombour, 1974; Pietzcker et al., 1981). Durch Anwendung der Durchschnittsprofile wird der psychopathologische Vergleich und die syndromatologische bzw. nosologische Zuordnung von Patientengruppen sowie die Verlaufsanalyse bei Einzelfalluntersuchungen und gruppenstatistischen Auswertungen erleichtert und in ihrem Informationsgehalt verbessert (Mombour et al., 1973; Wing et al., 1974). Obendrein ergeben sich auf der Basis der Syndrome neue prognostische Möglichkeiten (Möller et al., 1981; Möller & v. Zerssen, 1986; Wittenborn, 1977).

Eine syndromatologische Klassifikation mittels Syndromprofilen auf der Basis von Schätzskalen erscheint aus verschiedenen Gründen vorteilhaft: präzisere Algorithmisierung, größere Reliabilität, größere Differenzierungsfähigkeit durch quantifizierende Darstellung von Syndromprofilen. Sie kann aber, jedenfalls sofern sie sich nur auf Symptommuster bezieht, eine nosologische Klassifikation nicht völlig ersetzen, da Ätiologie, Verlauf und therapeutische Ansprechbarkeit nicht in die syndromatologische Klassifikation eingehen. Unter diesem Aspekt begnügt man sich nur selten mit einer Syndromdiagnose als Enddiagnose, sondern verwendet sie zumeist als zuverlässig vollziehbaren Zwischenschritt vor der Erstellung einer nosologischen Diagnose.

Zum Studium der Syndromgenese müssen neben den psychopathologischen Symptomen auch Informationen über Biographie, Primärpersönlichkeit, schädigende Noxen usw. herangezogen werden. So könnte die „gemeinsame Endstrecke“, die von den multiplen Bedingungsfaktoren zum einheitlichen klinischen Syndrom führt, aufgedeckt werden (v. Zerssen, 1973 c). Bezieht man in eine derartige Analyse auch noch Informationen über therapeutische Ansprechbarkeit ein (vgl. Paykel, 1977), so entfallen die beschriebenen Nachteile einer Klassifikation auf syndromatologischer Basis, und es resultiert eine neue Art von nosologischer Systematik.

4 Nosologische Klassifikation

Bei der nosologischen Gliederung von psychischen Störungen sind außer der Symptomatik auch der Verlauf sowie das Ansprechen auf therapeutische Maßnahmen und – soweit bekannt – vor allem Ätiologie und Pathogenese der Krankheitserscheinungen zu berücksichtigen. Wegen der dadurch bedingten größeren Komplexität, insbesondere wegen der Einbeziehung bekannter und vermuteter ätiopathogenetischer Faktoren, existieren im Bereich der Nosologie erheblich mehr divergierende Klassifikationsversuche als im Bereich der Syndromatologie (v. Zerssen, 1973 b).

Die neuen gebräuchlichen nosologischen Klassifikationen in der Psychiatrie beruhen im wesentlichen auf der von Kraepelin klinisch intuitiv aufgebauten Klassifikation (Kraepelin, 1910 bis 1915). Es gelang Kraepelin, unter gleichzeitiger Berücksichtigung des klinischen Gesamtbildes im Querschnitt und im Längsschnitt sowie seiner therapeutischen Beeinflussbarkeit und seiner pathologisch anatomischen und ätiologischen Grundlagen „Krankheitseinheiten“ aufzustellen und in einem System zu vereinigen. Die Hauptgruppen der Erkrankungen wurden von Kraepelin nach ursächlichen Faktoren eingeteilt, die allerdings größtenteils hypothetischer Natur waren und es teilweise noch sind. Der von Bonhoeffer (1912) erbrachte Nachweis, daß die verschiedensten körperlichen Ursachen das gleiche psychopathologische Erscheinungsbild hervorrufen können und daß dieselbe Ursache eine Reihe psychopathologischer Erscheinungsbilder nach sich ziehen kann, war in der Folgezeit Ansatzpunkt grundsätzlicher Kritik an der Nosologie Kraepelins. Trotzdem hat diese sich in ihren wesentlichen Zügen weltweit durchsetzen und bis heute behaupten können. Die Unspezifität psychischer Störungen hinsichtlich der ursächlichen Faktoren wurde später als Folge der Interferenz von mehreren ätiopathogenetisch relevanten Faktoren – genetische Disposition, Primärpersönlichkeit, Biographie, Noxe usw. – interpretiert (Bleuler, 1972; Jaspers, 1965). Man spricht in diesem Sinne von einer Multikonditionalität psychischer Störungen.

Nicht nur die Grundkonzeption der Kraepelinschen „Krankheitseinheiten“ wurde immer wieder in Frage gestellt (vgl. Kendell, 1978), auch seinen speziellen nosologischen Klassifikationen traten Kritiker entgegen, die entweder das Extrem einer Zusammenfassung der im allgemeinen unterschiedenen

Formen Schizophrenie, manisch-depressive Erkrankung und schizoaffektive Psychosen zur Einheitspsychose (Rennert, 1977) befürworteten oder das andere Extrem ihrer Auflösung in zahlreiche, genetisch, symptomatologisch und den Verlaufstyp nach differenzierbare Spezialformen (Leonhard, 1968) propagierten. Zwillingsforschung und Familienuntersuchungen sowie Verlaufsforschung zeigen aber u. a., daß sich das Konzept einer Einheitspsychose nicht aufrechterhalten läßt, da sich unter genetischen Aspekten und Verlaufsgesichtspunkten die affektiven Psychosen von den Schizophrenien abgrenzen lassen (Angst & Scharfetter, 1979; Tsuang & Dempsey, 1979; Zerbin-Rüdin, 1980). Hinsichtlich einer weitergehenden Differenzierung hat das Konzept der schizoaffektiven Psychosen (Brockington, 1981) als Sonderform zwischen schizophrenen und affektiven Psychosen heute aufgrund genetischer und katamnestischer Befunde allgemeine Anerkennung gefunden (Angst et al., 1979; Marneros et al., 1986; Tsuang & Dempsey, 1979). Auch die Differenzierung der monopolen Depressionen von den bipolaren (manisch-depressiven) Psychosen kann aufgrund empirischer Befunde als begründet angesehen werden (Angst & Perris, 1968).

Untersuchungen über das unterschiedliche Ansprechen verschiedener Krankheiten auf bestimmte Therapieformen (Carney et al., 1965; Möller, 1987; Schou, 1980) scheinen die traditionelle Syndromatologie und z. T. auch die psychiatrische Nosologie – zumindest was die Grobaufteilung anbetrifft – zu rechtfertigen: Z. B. Lithium ist prophylaktisch wirksam nur bei affektiven oder schizoaffektiven Psychosen; Heilkampf ist therapeutisch ausgesprochen effektiv nur bei endogener, nicht aber bei neurotischer Depression; Neuroleptika beeinflussen vor allem die Symptomatik schizophrener Psychosen, nicht aber die Symptomatik endogener Depressionen.

Die Anwendung – insbesondere multivariater – statistischer Verfahren eröffnet neue Möglichkeiten zur Konsolidierung und zum Ausbau, aber auch zur Revision tradierter nosologischer Konzeptionen. Als Ausgangsdaten werden hierbei nicht nur psychopathologische Merkmale, sondern auch anamnestiche, somatologische und weitere Daten benutzt. Everitt et al. (1971) grenzten z. B. durch clusteranalytische Untersuchungen in einer Population psychiatrischer Patienten vier Gruppen mit den Diagnosen Manie, depressive Phase der manisch-depressiven Psychose, akute paranoide Schizophrenie und chronische Schizophrenie ab. Roth et al. (1974) unterschieden auf der Basis multivariater statistischer Analysen der Symptomatologie von Patienten mit affektiven Störungen drei Symptomgruppen, die den Diagnosen endogene Depression, neurotische Depression und Angstneurose entsprachen. Paykel (1977) bezog in die multivariate statistische Analyse der von ihm untersuchten Patientenstichprobe nicht nur Daten zur Symptomatologie, sondern auch Informationen über auslösende Lebensereignisse, prämorbid Persönlichkeit und therapeutische Ansprechbarkeit ein und erarbeitete so eine Unterteilung der nichtpsychotischen Depressionen in neurotische Depression und nichtpsychotische chronische depressive Reaktion. Von mehreren Autoren wurde an verschiedenen Patientenstichproben aufgrund statistischer Analysen der Symptomatologie die Häufigkeit des Auftretens von Übergangsformen zwi-

schen den nosologischen Typen untersucht (Carney et al., 1965; Kendell & Gourlay, 1970 u. a.). Diese Untersuchungen führten z. T. zu widersprüchlichen Ergebnissen. Insgesamt gesehen überwiegen aber die Hinweise für eine Gültigkeit der psychiatrischen Nosologie zumindest in ihrer Grobrasterung.

5 Internationale Vereinheitlichung der psychiatrischen Systematik

Bis 1970 existierten zwischen verschiedenen Ländern und sogar zwischen verschiedenen psychiatrischen Schulen eines Landes teilweise erhebliche Diskrepanzen der psychiatrischen Nosologie. Durch Schaffung einer international akzeptierten Systematik psychischer Störungen (Bochnik et al., 1970; Degkwitz et al., 1975), die im Rahmen der internationalen Klassifikation der Erkrankungen (ICD = International Classification of Diseases) die Weltgesundheitsorganisation erarbeitete, wurden die Voraussetzungen für eine internationale Vereinheitlichung der psychiatrischen Klassifikation erreicht. Der psychiatrische Teil der ICD basiert, von Modifikationen abgesehen, auf dem nosologischen System Kraepelins. Die Gliederung erfolgte vorwiegend nach ätiologischen und syndromatologischen Gesichtspunkten sowie nach Verlaufscharakteristika. Während bei Kraepelin die Hauptgruppen der Erkrankungen nach ursächlichen Faktoren eingeteilt werden, ist in der ICD der übergeordnete Klassifikationspunkt psychischer Störungen ein syndromatologischer. Mängel der Einteilung (Mombour, 1975, 1976) – wie z. B. der Wechsel in den Einteilungsprinzipien – sind grundsätzlich allen derzeit verfügbaren psychiatrischen Klassifikationen gemeinsam. Sie spiegeln die Unvollkommenheit des Wissens über psychische Störungen wider. Im Falle der ICD sind sie obendrein noch durch die für ein internationales System erforderlichen Kompromisse akzentuiert. Die 1979 eingeführte, 9. Revision der ICD unterscheidet sich von der 8. Revision insbesondere durch die Einführung einer multiaxialen bzw. multikategorialen Diagnostik (Degkwitz et al., 1980; Mombour, 1980). Bei dieser Diagnostik wird ein Patient gleichzeitig durch mehrere Nummern aus dem Gesamtbereich der ICD charakterisiert. So kann z. B. eine erste Nummer aus dem Kapitel der psychiatrischen Erkrankungen der ICD das klinische Erscheinungsbild bezeichnen, eine zweite Nummer aus einem anderen Kapitel der ICD die zugrundeliegende Körperkrankheit.

Das 1980 von der amerikanischen Psychiatrie-Gesellschaft eingeführte Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders – DSM-III (American Psychiatric Association, 1980) – ist z. T. nach anderen Einteilungskriterien konzipiert und entspricht in den Definitionen der einzelnen Erkrankungen vielfach nicht mehr der ICD-9 (vgl. z. B. zur DSM-III Diagnose der Schizophrenie Morey & Blashfield, 1981). Diese Änderungen sind u. a. die Konsequenz daraus, daß in der ICD-8 und ICD-9 aus dem Wunsch nach internationaler Vereinheitlichung manche „faule Kompromisse“ geschlossen werden mußten. Auch sollte der derzeitige empirische Wissensstand besser repräsentiert werden. Die einzelnen Diagnosen werden im DSM-III durch eine klinische Kurzbeschreibung der Krankheitsbilder und durch operationale Diagnosekriterien

definiert (s. u.). Außerdem wurde im DSM-III eine sogenannte multiaxiale Klassifikation mit fünf Achsen eingeführt. Durch letztere soll erreicht werden, daß verschiedene für Prognose und Therapie relevante Informationsbereiche getrennt erfaßt werden. Die erste Achse dient der Erfassung der aktuellen psychopathologischen Störung (Syndromdiagnose), die zweite der Erfassung einer Störung der Persönlichkeit. Auf der dritten Achse können körperliche Erkrankungen, die für die Ätiologie oder Behandlung der auf den ersten beiden Achsen dokumentierten psychopathologischen Störungen relevant sind, registriert werden. Auf Achse 4 können mögliche situative Auslöser (life events) der aktuellen psychischen Erkrankung hinsichtlich Art und Streßintensität beurteilt werden. Achse 5 dient der Beurteilung des höchsten Grades der sozialen Adaptation im Jahr vor der aktuellen psychischen Störung. Dadurch soll eine möglichst informationsreiche Diagnostik des Patienten ermöglicht werden, wobei aber die einzelnen relevanten Aspekte getrennt erfaßt werden, um einerseits die diagnostische Reliabilität zu erhöhen und andererseits ggf. neue Zusammenhänge zwischen den einzelnen Aspekten zu erkennen. Bezüglich der Syndromdiagnose auf Achse 1 ist bemerkenswert, daß diese keinesfalls nur ein Kürzel für die psychopathologische Symptomatik darstellt, sondern daß vielfach Hypothesen über Ätiologie und Verlauf einbezogen werden. So kann z. B. auf Achse 1 „Schizophrenic Disorder“ nur dann diagnostiziert werden, wenn eine Verursachung durch eine hirnrorganische Erkrankung ausgeschlossen ist. Ebenso kann „Delirium“ oder „Organic Personality Syndrome“ nur diagnostiziert werden, wenn es ausreichende Evidenz für eine zugrundeliegende hirnrorganische Erkrankung gibt. Der Syndrom-Gesichtspunkt wurde also offensichtlich bei der Festlegung der Kategorien von Achse 1 nicht konsequent durchgehalten. Weiterentwicklungen dieses Systems sind DSM-III-R und das jetzt gültige DSM-IV.

Der wichtigste Fortschritt des DSM-III-Systems und seiner Nachfolger besteht zweifellos in der weitgehenden Operationalisierung der diagnostischen Begriffe (s. u.). Die inzwischen eingeführte ICD-10 (Dilling et al., 1993, 1994) will mit ihren neben der allgemeinen Krankheitsbeschreibung zusätzlich mitgegebenen „Diagnostischen Leitlinien“ sowie „Forschungs-Kriterien“ hier anknüpfen, um eine bessere Reliabilität der klinischen Diagnostik zu erreichen. Gleichzeitig wurde versucht, die ICD-10 soweit wie möglich mit der kürzlich publizierten DSM-IV (American Psychiatric Association, 1994) kompatibel zu machen.

6 Verbesserung der Reliabilität psychiatrischer Diagnostik durch Standardisierung

Neben der naturgemäß langsam voranschreitenden Verbesserung der Validität der Klassifikation psychischer Erkrankungen, wie sie in den vorhergehenden Kapiteln über Syndromatologie und Nosologie beschrieben wurde, ging es insbesondere um eine Verbesserung der Reliabilität der psychiatrischen Diagnostik.

Die mangelnde Reliabilität klinisch-intuitiver Diagnostik in der Psychiatrie, insbesondere vor Einführung der ICD, geht aus zahlreichen Untersuchungen hervor (vgl. Möller & v. Zerssen, 1980, 1984). Dies wird insbesondere deutlich, wenn man als Reliabilitätsmaß nicht Prozentsätze der Übereinstimmung bzw. Kontingenzkoeffizienten, die die Reliabilität überschätzen, wählt, sondern den Kappa-Koeffizienten verwendet, bei dem die durch die Häufigkeit bestimmter Diagnosen bedingten zufälligen Übereinstimmungen korrigierend berücksichtigt werden (Bartko & Carpenter, 1976; Cohen, 1968; Spitzer & Fleiss, 1974).

Die Diskrepanzen bei der psychiatrischen Diagnostik sind u. a. bedingt durch folgende Faktoren: Unterschiede in der Symptomerhebung und –beschreibung, Unterschiede in der Zuordnung zu syndromatologischen und nosologischen Einheiten, Unterschiede im Klassifikationssystem u. a. Durch verschiedene Methoden zur Untersuchung der Reliabilität lassen sich die jeweiligen speziellen Reliabilitätsmängel abschätzen. Gängige Methoden der Reliabilitätsanalysen sind: Untersuchung der Übereinstimmung von Fachleuten bei der Diagnostizierung konkreter Patienten (Katz et al., 1969; Kendell et al., 1974; Klug et al., 1979; Zubin, 1967), Untersuchung der Übereinstimmung von Fachleuten bei der Diagnostizierung von auf Schätzskalen vorgegebenen psychopathologischen Befunden (Jakubasch & Werner, 1976; Schmid et al., 1974), Vergleich der Häufigkeit psychiatrischer Diagnosen in vergleichbaren Stichproben (Cooper et al., 1972; v. Cranach & Strauß, 1978).

Während sich die meisten dieser Untersuchungen auf die Reliabilitätsmängel zwischen Diagnostikern auf nationaler Ebene beziehen, geben einige große Untersuchungen auf internationaler Ebene Hinweise auf die Reliabilitätsmängel im internationalen Bereich (Cooper et al., 1972; Kendell et al., 1974; World Health Organization, 1973). Dabei wurden u. a. bestimmte diagnostische Stereotype deutlich, z. B. in dem Sinne, daß die Engländer bei diesen Untersuchungen einen Bias zugunsten der Depression zeigten, die Amerikaner (damals!, heute nicht mehr) einen Bias zugunsten der Diagnose Schizophrenie hatten.

Die älteren Reliabilitätsstudien wurden noch vor der Einführung der ICD durchgeführt und werden darum der heutigen Situation nicht mehr gerecht. Die mit Einführung der ICD unter den Bedingungen klinischer Routinediagnostik ohne Verwendung standardisierter Untersuchungsinstrumente möglichen Reliabilitätswerte für die Interbeobachterübereinstimmung innerhalb einer Institution gehen aus einer am Max-Planck-Institut für Psychiatrie durchgeführten Untersuchung hervor (Krauss, 1974; Möller & v. Zerssen, 1980). Dabei zeigten sich auch bezüglich der diagnostischen Obergruppen größtenteils befriedigende Übereinstimmungen, während in den Untergruppen große Divergenzen deutlich wurden, auch z. B. bei der Unterteilung in endogene und neurotische Depression.

Zentrales Anliegen der Bemühungen um eine Vereinheitlichung der psychiatrischen Diagnostik war in den letzten Jahrzehnten – abgesehen von der weltweiten Vereinheitlichung des Klassifikationssystems – einerseits die

Standardisierung der Befunderhebung und Befundbeschreibung, andererseits die Standardisierung der syndromatologischen bzw. nosologischen Zuordnung. Große Anstrengungen wurden gemacht, eine präzise Bedeutungsfestlegung psychiatrischer Symptombegriffe und eine standardisierte Befunderhebung zu erreichen. Da bisher für viele Symptombegriffe keine allgemein verbindlichen Definitionen vorliegen, müssen diese den Instrumenten zur psychiatrischen Befunderhebung in Form von Glossaren beigelegt werden, wie es z. B. beim Dokumentationssystem der Arbeitsgemeinschaft für Methodik und Dokumentation in der Psychiatrie – AMDP – (AMDP, 1995) der Fall ist. Durch derartige Instrumente zur psychiatrischen Befunderhebung im Sinne von standardisierten Beurteilungsskalen – auch Schätzskaleten genannt (Möller & v. Zerksen, 1983, Möller, 1989) – kann eine Verringerung interindividueller Unterschiede in der Befunderhebung erreicht werden. Neben dem AMDP-System (Baumann & Stieglitz, 1983) sind im deutschsprachigen Bereich insbesondere die Brief Psychiatric Rating Scale – BPRS – (Overall & Gorham, 1962) und die Inpatient Multidimensional Psychiatric Scale – IMPS – (Lorr, 1974; Hiller et al., 1986) bekannt. Insbesondere wenn die Untersucher mit diesen standardisierten Beurteilungsskalen gemeinsam trainiert werden, kann eine gute Interbeobachterübereinstimmung erreicht werden (Heimann et al., 1977). Unter Reliabilitätsaspekten noch günstiger sind die vollstrukturierten Interviews, die Unterschieden des Explorationsstils keinen Raum mehr geben, wie z. B. das Present State Examination – PSE – (Wing et al., 1972) sowie das im Zusammenhang mit dem DSM-III entwickelte „Diagnostic Interview Schedule“ – DIS – (Robins et al., 1981; Wittchen et al., 1985) oder das darauf aufbauende „Structured Clinical Interview for DSM-III revised“ – SKID (Wittchen, 1993) –. Wegen des großen Aufwandes sind diese Instrumente aber nicht in der Routinepraxis, sondern nur im Rahmen aufwendiger Forschungsprojekte anwendbar.

Die systematische Verhaltensbeobachtung und die psychologischen Tests erfassen zwar sehr gut die zu beurteilenden Sachverhalte, sie sind aber für eine psychiatrische Systematik bisher nicht stärker eingesetzt worden. Das hängt u. a. damit zusammen, daß die so erfaßten Konstrukte nicht den Komplexitätsgrad tradierter klinischer Konstrukte erreichen.

Daß allein durch eine solche Standardisierung der Befundbeschreibung eine deutliche Verbesserung der Reliabilität psychiatrischer Diagnostik (v. Crnach & Strauß, 1978), selbst auf internationaler Ebene, möglich ist, wurde durch zwei große internationale Forschungsprojekte bestätigt: Im United States—United Kingdom Project (Cooper et al., 1972) und in der International Pilot Study of Schizophrenia (World Health Organization, 1973). Wieweit die Interraterreliabilität durch standardisierte Befunderhebung und Befundbeschreibung mit dem PSE gesteigert werden kann, wird aus der Studie von Bronisch et al. (1982) deutlich. Die nach der standardisierten Erhebung mit dem PSE gestellten Eindrucks-Diagnosen stimmten unter Verwendung einer diagnostischen Einteilung in elf Kategorien im Sinne eines Kappa-Wertes von 0.88 hochgradig überein.

Um eine weitergehende Verbesserung der nosologischen Diagnostik zu er-

reichen, wurde neben der Standardisierung der Befunderhebung und Befundbeschreibung eine Standardisierung der diagnostischen Zuordnungsschritte versucht. Einen ersten Ansatz zur Vereinheitlichung der nosologischen Zuordnung bieten Glossare, wie z. B. das internationale Glossar für den psychiatrischen Teil der ICD (Degkwitz et al., 1975, 1980). Damit ist aber das Problem nur teilweise gelöst; denn ein solches Glossar definiert nicht präzise genug Ein- und Ausschlußkriterien für die nosologische Zuordnung. Eine weitergehende Vereinheitlichung der nosologischen Zuordnung wird dadurch erreicht, daß man eindeutige Ein- und Ausschlußkriterien für jede Diagnose nach folgendem Prinzip festlegt: Um die Diagnose D zu stellen, muß bei dem Patienten das Symptom A zusammen mit einem Symptom aus der Reihe B, C und E vorliegen und die Symptome P und O dürfen nicht vorhanden sein. Nach diesem Prinzip verfahren die sogenannten Feighner-Kriterien (Feighner et al., 1972) und die aus ihnen weiterentwickelten Research Diagnostic Criteria – RDC (Spitzer et al., 1978) sowie das DSM-III (American Psychiatric Association, 1980), das im Gegensatz zu den beiden erstgenannten ermöglicht, alle psychischen Störungen zu diagnostizieren. Es konnte gezeigt werden, daß allein durch Verwendung der Research Diagnostic Criteria eine deutliche Verbesserung der psychiatrischen Diagnostik gegenüber einer sich auf die Definitionen des DSM-III stützenden Fallzuordnung möglich ist und daß sich die Reliabilitätswerte noch verbessern ließen, wenn man das dazugehörige, von der gleichen Arbeitsgruppe entwickelte standardisierte Erhebungsinstrument, die Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia – SADS – (Luria & Guziec, 1981; Spitzer et al. 1975; Spitzer et al., 1978) verwendet. Die Interraterreliabilität lag bei allen Diagnosen über einem Kappa-Wert von 0.75. Um die Anwendung des DSM-III in der Routinediagnostik zu ermöglichen, mußte gegenüber dem RDC eine Modifikation der Ein- und Ausschlußkriterien im Sinne größerer Flexibilität vorgenommen werden, da sonst ein zu hoher Prozentsatz von Patienten nicht zuzuordnen wäre. Die Sorge, daß die für wissenschaftliche Zwecke der Fallzuordnung erforderliche Präzision durch diese größere Flexibilität Schaden leiden würde, ist angesichts der sehr guten Ergebnisse mehrerer großer Interraterreliabilitätsstudien mit dem DSM-III unbegründet (Spitzer et al., 1979; Spitzer & Forman, 1979).

Die Einführung des Computers in die psychiatrische Diagnostik machte es möglich, auch mit komplizierteren Algorithmen, als sie bei den eben dargestellten Operationalisierungen vorliegen, zu arbeiten (Spitzer et al., 1974; Fleiss et al., 1972; Schubö et al., 1975; Schmid et al., 1974). So kann man z. B. die gesamte Information von Erhebungsskalen zum psychopathologischen Befund sowie zusätzliche anamnestiche und sonstige Informationen computerisiert verarbeiten. So werden beim Catego-Programm (Wing, 1977; Wing et al., 1974) zunächst aus den PSE-Befunden Syndromprofile abgeleitet, die in einem weiteren Schritt und unter Verwendung von zusätzlichen Informationen über psychopathologische Auffälligkeiten in früheren Krankheitsphasen sowie über ätiologische Faktoren zu einer nosologischen Diagnose verarbeitet werden. Die Brauchbarkeit dieses Verfahrens wurde in verschiedenen großen Forschungsprojekten belegt (Bronisch et al., 1982; v. Cranach &

Strauß, 1978; Scharfetter et al., 1976), u. a. in dem schon erwähnten United States-United Kingdom Project (Cooper et al., 1972) und der International Pilot Study of Schizophrenia (World Health Organization, 1973). Abgesehen vom Catego-System sind aber derartige arbeitsaufwendige und auch vom computertechnischen Aufwand komplizierte Ansätze heute weniger gebräuchlich als die operationalisierte Diagnostik. Auch die operationalisierten Diagnoseverfahren z. B. DSM-III, DSM-IV und ICD-10 wurden inzwischen unter Verwendung entsprechender Erhebungsinstrumente (s. o.) computerisiert (Robins et al., 1981; Wittchen et al., 1985; Wittchen 1993).

Die diagnostischen Konstrukte im DSM-III-System weichen z. T. erheblich von denen der ICD-9 ab. Das gilt ebenso im Verhältnis zu einigen anderen traditionellen Klassifikationssystemen. Aus dem Gedanken, daß vielleicht jedes dieser Systeme unter bestimmten vielleicht z. T. noch gar nicht bekannten Aspekten valider sein könnte, wurde ein sogenanntes polydiagnostisches Vorgehen befürwortet (Brockington et al., 1978; Katschnig & Simhandl, 1987; Kendell, 1981; Möller et al., 1988; Philipp et al., 1986 a; Philipp, 1986 b). Dabei kommt eine Reihe verschiedener Diagnosekriterien gleichzeitig zur Anwendung, was u. a. die Möglichkeit eröffnet, die eigenen Untersuchungsergebnisse mit solchen zu vergleichen, bei denen mindestens eines der Diagnostik-Systeme ebenfalls angewendet wurde und obendrein verschiedene Validitätsaspekte des jeweiligen Diagnosesystems, z. B. Beziehung zu biologischen Normabweichungen, Beziehung zum Therapieerfolg, Bedeutung für die Langzeitprognose (Helzer et al., 1981; Katschnig et al., 1986; Möller & v. Zerssen, 1986; Möller, 1987 u. a.), zu untersuchen. Dies könnte langfristig zu valideren diagnostischen Konzepten führen. Allerdings spielt wegen der zunehmenden Dominanz von DSM-III-R bzw. DSM-IV und ICD-10 dieser polydiagnostische Ansatz inzwischen nicht mehr eine so große Rolle.

Literatur

- Ackerknecht, E. H. (1957). *Kurze Geschichte der Psychiatrie*. Stuttgart: Enke.
- Akiskal, H. S. & Webb, W. L. (1978). *Psychiatric diagnosis. Exploration of biological predictors*. New York, London: Spectrum Publications.
- American Psychiatric Association (APA). (1968). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (2nd ed., rev. DSM-II). Washington, DC: APA.
- American Psychiatric Association (APA). (1980). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (3rd ed., DSM-III). Washington, DC: APA.
- American Psychiatric Association (APA). (1987). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (3rd ed., rev., DSM-III-R). Washington, DC: APA.
- American Psychiatric Association (APA). (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4th ed. – DSM IV). Washington, DC: APA.
- Angst, J. & Perris, C. (1968). Zur Nosologie endogener Depressionen. *Arch. Psychiatr. Nervenkr.*, 219, 373–386.
- Angst, J. & Scharfetter, Ch. (1979). Subtypes of schizophrenia and affective disorders from a genetic viewpoint. In J. Obiols, C. Ballus & E. Gonzales Monclus (Eds.), *Biological psychiatry today* (Vol. A, pp. 351–357). Amsterdam, New York, Oxford: Elsevier/North Holland Biomedical Press.

- Angst, J., Felder, W. & Lohmeier, B. (1979). A genetic study on schizoaffective disorder. In J. Obiols, C. Ballus & E. Gonzales Monclus (Eds.), *Biological psychiatry today*. (Vol. A, pp. 12–18). Amsterdam, New York, Oxford: Elsevier/North Holland Biomedical Press.
- Arbeitsgemeinschaft für Methodik und Dokumentation in der Psychiatrie (Hrsg.). (1979). *Das AMDP-System. Manual zur Dokumentation psychiatrischer Befunde* (3. korr. erw. Aufl.). Berlin, Heidelberg, New York: Springer.
- Arbeitsgemeinschaft für Methodik und Diagnostik in der Psychiatrie (1995). *Manual zur Dokumentation psychiatrischer Befunde* (5. umgearb. Aufl.). Berlin, Heidelberg, New York: Springer.
- Bartko, J. J. & Carpenter, W. T. (1976). On the methods and theory of reliability. *J. Nerv. Ment. Dis.*, 163, 307–317.
- Baumann, U. (1987). Psychiatrische Klassifikation und Interpretation. In Ch. Simhandl, P. Berner, H. Luccioni & C. Alf (Hrsg.), *Moderne Psychiatrie. Klassifikationsprobleme in der Psychiatrie* (S. 87–102). Purkersdorf: Medizinisch-Pharmazeutische Verlagsgesellschaft.
- Baumann, U. & Stieglitz, R. D. (1983). *Testmanual zum AMDP-System. Empirische Studien zur Psychopathologie*. Berlin, Heidelberg, New York: Springer.
- Bean, P. (1979). Psychiatrist's assessment of mental illness. A comparison of some aspects of Thomas Scheff's approach to labeling theory. *Brit. J. Psychiatry*, 135, 122–128.
- Bleuler, E. (1972). *Lehrbuch der Psychiatrie* (12. Aufl. v. M. Bleuler). Berlin, Heidelberg, New York: Springer.
- Bochnik, H. J., Helmchen, H., Hippus, H., Knüppel, H., Kulenkampff, C., Lauter, H., Meyer, J. E., Müller, H. W., Wieser, S. & Winkler, W. T. (1970). Zur Brauchbarkeit der psychiatrischen Diagnosen der WHO-Klassifikation. *Nervenarzt*, 41, 42–44.
- Bonhoeffer, K. (1912). Die Psychosen im Gefolge von akuten Infektionen, Allgemeinerkrankungen und inneren Erkrankungen. In G. Aschaffenburg (Hrsg.), *Handbuch der Psychiatrie* (Bd. Spez. Teil III/1, S. 1–118). Leipzig, Wien: Deuticke.
- de Boor, W. (1954). *Psychiatrische Systematik*. Berlin, Göttingen, Heidelberg: Springer.
- Brockington, J. (1981). The nosological status of schizoaffective psychosis. In C. Perris, G. Struwe & B. Jansson (Eds.), *Biological psychiatry* (Vol. 5, pp. 482–485). Amsterdam, New York, Oxford: Elsevier/North Holland Biomedical Press.
- Brockington, J., Kendell, R. W. & Leff, J. P. (1978). Definitions of schizophrenia: Concordance and prediction of outcome. *Psychol. Med.*, 8, 387–398.
- Bronisch, T., Schmid, W. & Cranach, M. v. (1982). Die diagnostische Reliabilität und Validität des PSE/CATEGO-Systems. *Arch. Psychiatr. Nervenkr.*, 231, 269–281.
- Cairns, V., Zerssen, D. v., Stutte, K. H. & Mombour, W. (1983). The stability of the symptom groupings in the Inpatient Multidimensional Psychiatric Scale (IMPS). *J. Psychiatr. Res.*, 17, 19–28.
- Carney, M. W. P., Roth, M. & Garside, R. F. (1965). The diagnosis of depressive syndromes and the prediction of E.C.T. response. *Brit. J. Psychiatr.*, 111, 659–674.
- Cohen, J. (1968). Weighted Kappa: Nominal scale agreement with provision for scaled disagreement of partial credit. *Psychol. Bull.*, 70, 213–220.
- Cooper, J., Kendell, R. E., Gurland, B. J., Sharpe, L., Copeland, J. R. M. & Simon, R. (1972). *Psychiatric diagnosis in New York and London*. London, New York, Toronto: Oxford University Press.
- Copeland, J. (1978). Psychiatric diagnosis and classification. In R. N. Gajnd & B. L. Hudson (Eds.), *Current themes in psychiatry* (Vol. 1). London: McMillan.

- Costello, C. G. (1970). Classification and psychopathology. In C. G. Costello (Ed.), *Symptoms of psychopathology*. New York, London, Sydney, Toronto: Wiley.
- von Cranach, M. & Strauß, A. (1978). Die internationale Vergleichbarkeit psychiatrischer Diagnosen. In H. Häfner (Hrsg.), *Psychiatrische Epidemiologie* (S. 209–219). Berlin, Heidelberg, New York: Springer.
- Degkwitz, R., Helmchen, H., Kockott, G. & Mombour, W. (Hrsg.). (1975). *Diagnoseschlüssel und Glossar psychiatrischer Krankheiten*. Deutsche Ausgabe der internationalen Klassifikation der WHO (ICD), 8. Rev., und des internationalen Glossars, 4. Aufl. Berlin, Heidelberg, New York: Springer.
- Degkwitz, R., Helmchen, H., Kockott, G. & Mombour, W. (Hrsg.). (1980). *Diagnoseschlüssel und Glossar psychiatrischer Krankheiten*. Deutsche Ausgabe der internationalen Klassifikation der WHO (ICD), 9. Rev. Berlin, Heidelberg, New York: Springer.
- Diebold, K. & Engel, T. (1977). Symptomatik, Syndromatik und Ersterkrankungsalter endogener depressiver und schizophrener Psychosen in Abhängigkeit von der Unter- bzw. Hauptdiagnose und dem Geschlecht. *Nervenarzt*, 48, 130–138.
- Dilling, H., Mombour, W. & Schmidt, M. H. (Hrsg.). (1991). *Internationale Klassifikation psychischer Störungen. ICD-10, Kap. V(F): klinisch-diagnostische Leitlinien*. Bern: Hans Huber.
- Dilling, H., Mombour, W. & Schmidt, M. H. (1993). *Internationale Klassifikation psychischer Störungen. ICD-10 Kap. V: Klinisch-diagnostische Leitlinien* (2. Aufl.). Bern: Hans Huber.
- Dilling, H., Mombour, W., Schmidt, M. H. & Schulte-Markwort, E. (1994). *Internationale Klassifikation psychischer Störungen ICD-10 Kap. V: Forschungskriterien*. Bern: Hans Huber.
- Everitt, B. S., Gourlay, A. J. & Kendell, R. E. (1971). An attempt at validation of traditional psychiatric syndromes by cluster analysis. *Brit. J. Psychiatr.*, 119, 399–412.
- Eysenck, H. J. (1960). Classification and the problem of diagnosis. In H. J. Eysenck (Ed.), *Handbook of abnormal psychology* (pp. 1–31). London: Pitman.
- Eysenck, H. J. (1970). A dimensional system of psychodiagnosics. In A. R. Maher (Ed.), *New approaches to personality classification*. New York: Columbia University Press.
- Fahrenberg, J., Selg, H. & Hampel, R. (1978). *Das Freiburger Persönlichkeits-Inventar FPI*. Göttingen, Toronto, Zürich: Hogrefe.
- Feighner, J. P., Robins, B., Guze, B., Woodruff, R. A. & Winokur, G. (1972). Diagnostic criteria for use in psychiatric research. *Arch. Gen. Psychiatr.*, 26, 57–63.
- Fink, M. (1974). Psychiatric diagnosis: Phenotypic or pathophysiologic? *Biol. Psychiatry*, 3, 27–229.
- Fleiss, J. L., Spitzer, R. L., Cohen, J. & Endicott, J. (1972). Three computer methods compared. *Arch. Gen. Psychiatr.*, 27, 643–649.
- Foudraine, J. (1973). *Wer ist aus Holz?* München: Piper.
- Foulds, G. A. & Bedford, A. (1975). Hierarchy of classes of personal illness. *Psychol. Med.*, 5, 181–192.
- Gebhardt, R., Pietzcker, A., Freudenthal, K. & Langer, C. (1981). Die Bildung von Syndromen im AMDP-System. *Arch. Psychiatr. Nervenkr.*, 231, 93–109.
- Goldberg, D. P., Cooper, B., Eastwood, M. R., Kedward, H. & Shepherd, M. (1970). A standardized psychiatric interview for use in community surveys. *Brit. J. Prev. Soc. Med.*, 24, 18–23.
- Goodwin, D. W. & Guze, S. B. (1979). *Psychiatric Diagnosis* (2nd ed.). New York, Oxford: Oxford University Press.

- Heimann, H., Obermair, W., Boller, W. & Stoll, K. D. (1977). Videotype training in psychiatric practice. *Progr. Neuropsychopharm.*, 1, 141–145.
- Helmchen, H. (1980). Multiaxial systems of classification. Types of axis. *Acta Psychiatrica Scand.*, 61, 43–55.
- Helzer, J. E., Brockington, J. & Kendell, R. E. (1981). Predictive validity of DSM-III and Feighner definitions of schizophrenia. A comparison with Research Diagnostic Criteria and CATEGO. *Arch. Gen. Psychiatr.*, 38, 791–797.
- Hiller, W., Zerssen, D. v., Mombour, W. & Wittchen, H. U. (1986). *Die IMPS*. Weinheim: Beltz.
- Jakubaschk, J. & Werner, J. (1976). Konzepte psychiatrischer Diagnosen. *Arch. Psychiatr. Nervenkr.*, 223, 45–58.
- Jaspers, K. (1965). *Allgemeine Psychopathologie* (8. Aufl.). Berlin, Heidelberg, New York: Springer.
- Katschnig, H. & Simhandl, Ch. (1987). Neuere Ansätze in der Klassifikation und Diagnostik psychischer Krankheiten. In Ch. Simhandl, P. Berner, H. Luccioni & C. Alf (Hrsg.), *Moderne Psychiatrie. Klassifikationsprobleme in der Psychiatrie* (S. 59–85). Purkersdorf: Medizinisch-Pharmazeutische Verlagsgesellschaft.
- Katschnig, H., Nutzinger, D. & Schanda, H. (1986). Validating depressive subtypes. In H. Hippus et al. (Eds.), *New results in depression* (pp. 36–44). Berlin, Heidelberg: Springer.
- Katz, M. M., Cole, J. O. & Barton, W. E. (Eds.). (1966). *The role and methodology of classification in psychiatry and psychopathology*. Public Health Service Publication No. 1584. Chevy Chase MD: National Institute of Mental Health (NIMH).
- Katz, M. M., Cole, J. O. & Lowry, H. A. (1969). Studies of the diagnostic process: The influence of symptom perception, past experience and ethics background on diagnostic decisions. *Am. J. Psychiatr.*, 125, 937–947.
- Kendell, R. E. (1978). *The role of diagnosis in psychiatry*. Oxford, London, Edinburgh, Melbourne: Blackwell Scientific Publications. (Deutsche Übersetzung. Stuttgart: Enke).
- Kendell, R. E. (1981). *The importance of diagnostic criteria for biological research*. Vortrag beim Weltkongreß für Biologische Psychiatrie, Stockholm.
- Kendell, R. E. & Gurlay, J. (1970). The clinical distinction between psychotic and neurotic depression. *Brit. J. Psychiatr.*, 117, 257–260.
- Kendell, R. E., Pichot, P. & Cranach, M. v. (1974). Differences in concepts of affective disorders amongst European psychiatrists. In J. Angst (Ed.), *Classification and prediction of outcome of depression* (pp. 27–38). Stuttgart, New York: Schattauer.
- Klug, J., Rey, E. R. & Welz, R. (1978). Stabilitäten und Übergangswahrscheinlichkeiten psychiatrischer Diagnosen. In H. Häfner (Hrsg.), *Psychiatrische Epidemiologie* (S. 195–208). Berlin, Heidelberg, New York: Springer.
- Klug, J., Heiden, W. A. G. & Jakubaschk, J. (1979). Der Einfluß der Kategorisierungswahl auf die Inter-Rater-Reliabilität des „Present State Examination“. *Diagnostica*, 25, 59–68.
- Kraepelin, E. (1910–1915). *Psychiatrie* (1. Aufl. 1883, 8. Aufl.). Leipzig: Barth.
- Krauss, B. (1974). *Empirische Untersuchung zur Verlässlichkeit psychiatrischer Diagnosen*. Med. Diss., München
- Laing, R. (1972). *Das geteilte Selbst*. Köln: Kiepenheuer & Witsch.
- Leff, J. (1977). Variations in the diagnosis of psychiatric illness. *Brit. J. Psychiatry*, 131, 329–338.
- Leibbrand, W. & Wettley, A. (1968). *Der Wahnsinn*. Freiburg, München: Alber.

- Leonhard, K. (1968). *Aufteilung der endogenen Psychosen* (4. Aufl.). Berlin: Akademie Verlag.
- Lorr, M. (1966). *Explorations in typing psychotics*. Oxford, London, New York, Paris: Pergamon Press.
- Lorr, M. (1974). Assessing psychotic behavior by the IMPS. In P. Pichot & L. Olivier-Martin (Eds.), *Psychological measurements in psychopharmacology. Modern problems in pharmacopsychiatry* (Vol. 7, pp. 50–63). Basel: Karger.
- Luria, R. E. & Guziec, R. J. (1981). Comparative description of the SADS and PSE. *Schizophrenia Bull.*, 7, 248–257.
- Marneros, A., Deister, A. & Rohde, A. (1986). The Cologne study on schizoaffective disorders and schizophrenia suspecta. In A. Marneros & M. T. Tsuang (Eds.), *Schizoaffective psychoses* (pp. 123–142). Berlin, Heidelberg, New York, London, Paris, Tokyo: Springer.
- Menninger, T. (1963). *The vital balance: The life process in mental health and illness*. New York: Viking Press.
- Meyer, A. (1907). Fundamental conceptions of dementia praecox. *J. Nerv. Ment. Dis.*, 34, 331–336.
- Meyer, A. E. (1972). Klassifikationen von Neurotisch-Kranken (Taxonomien) und von Neurose-Symptomen (Nosologien). In K. P. Kisker, J. E. Meyer, M. Müller & E. Strömngren (Hrsg.), *Psychiatrie der Gegenwart* (Bd. II/1, 2. Aufl., S. 663–685). Berlin, Heidelberg, New York: Springer.
- Meyer, J. E. (1961). Diagnostische Einteilung und Diagnoseschemata in der Psychiatrie. In H. W. Gruhle, R. Jung, W. Mayer-Gross & M. Müller (Hrsg.), *Psychiatrie der Gegenwart* (Bd. III, S. 130–180). Berlin, Göttingen, Heidelberg: Springer.
- Möller, H. J. (1976). *Methodische Grundprobleme in der Psychiatrie*. Stuttgart: Kohlhammer.
- Möller, H. J. (1987). Konsequenzen aus der klinischen Psychopharmakologie für die nosologische und syndromatologische Klassifikation funktioneller psychischer Störungen. In Ch. Simhandl, P. Berner, H. Luccioni & C. Alf (Hrsg.), *Moderne Psychiatrie. Klassifikationsprobleme in der Psychiatrie* (S. 163–188). Purkersdorf: Medizinisch-Pharmazeutische Verlagsgesellschaft.
- Möller, H.-J. (1989). Standardisierte psychiatrische Befunderhebung. In K. P. Kisker, H. Lauter, J. E. Meyer, C. Müller & E. Strömngren (Hrsg.), *Brennpunkte der Psychiatrie, Psychiatrie der Gegenwart* (Bd. 9, 3rd ed., S. 13–45). Berlin, Heidelberg, New York: Springer.
- Möller, H. J. & Hacker, H. (1988). Study concerning the sample dependency and temporal variance of the factor structure in the Inpatient Multidimensional Psychiatric Scale. *Psychopathology*, 21, 281–290.
- Möller, H. J. & Zerssen, D. v. (1980). Probleme und Verbesserungsmöglichkeiten der psychiatrischen Diagnostik. In S. Biefang (Hrsg.), *Evaluationsforschung in der Psychiatrie* (S. 167–207). Stuttgart: Enke.
- Möller, H. J. & Zerssen, D. v. (1982). Psychopathometrische Verfahren: I. Allgemeiner Teil. *Nervenarzt*, 53, 493–503.
- Möller, H. J. & Zerssen, D. v. (1983). Psychopathometrische Verfahren: II. Standardisierte Beurteilungsverfahren. *Nervenarzt*, 54, 1–16.
- Möller, H. J. & Zerssen, D. v. (1984). Klassifikation psychischer Störungen: Probleme und Verbesserungsmöglichkeiten aus der Sicht neuerer Forschungsergebnisse. In U. Baumann, H. Berbalk & G. Seidenstücker (Hrsg.), *Klinische Psychologie. Trends in Forschung und Praxis*, 6 (S. 90–130). Bern, Stuttgart, Wien: Hans Huber.

- Möller, H. J. & Zerssen, D. v. (1986). *Der Verlauf schizophrener Psychosen unter den gegenwärtigen Behandlungsbedingungen*. Berlin, Heidelberg, New York: Springer.
- Möller, H. J., Piré, S. & Zerssen, D. v. (1978). Psychiatrische Klassifikation. *Nervenarzt*, 49, 445–455.
- Möller, H. J., Zerssen, D. v., Wüschner-Stockheim, M. & Werner-Eilert, K. (1981). Die prognostische Bedeutung psychopathometrischer Aufnahme- und Entlassungsbefunddaten schizophrener Patienten. *Arch. Psychiatr. Nervenkr.*, 231, 12–34.
- Möller, H. J., Hohe-Schramm, M. & Zerssen, D. v. (1988 a). Operationalisierte Diagnostik endogener Psychosen nach RDC und DSM-III: Übereinstimmung mit der ICD-Diagnostik und prognostische Bedeutung für den längerfristigen Krankheitsverlauf. In H. Beckmann & G. Laux (Hrsg.), *Biologische Psychiatrie. Synopsis 1986/87* (S. 80–85). Berlin, Heidelberg, New York, London, Paris, Tokyo: Springer.
- Möller, H. J., Schmidt-Bode, W., Cording-Tömmel, C., Zaudig, M. & Zerssen, D. v. (1988 b). Verlauf schizophrener Psychosen im Vergleich zu anderen endogenen Psychosen sowie Prädiktionsmöglichkeiten auf der Basis von Schizophrenie-Prognose-Skalen und operationalisierte Schizophreniekonzepte (RDC, DSM-III). In E. Böcker & W. Weig (Hrsg.), *Aktuelle Kernfragen in der Psychiatrie* (S. 146–156). Berlin, Heidelberg, New York: Springer.
- Mombour, W. (1972). Verfahren zur Standardisierung des psychopathologischen Befundes. *Psychiatr. Clin.*, 5, 73–120.
- Mombour, W. (1974). Syndrome bei psychiatrischen Erkrankungen. Eine vergleichende Untersuchung mit zwei Schätzskalen (IMPS und AMP-Skala). *Arch. Psychiatr. Nervenkr.*, 219, 331–350.
- Mombour, W. (1975). Klassifikation, Patientenstatistik, Register. In K. P. Kisker, J. E. Meyer, C. Müller & E. Strömgen (Hrsg.), *Psychiatrie der Gegenwart* (Bd. III, 2. Aufl., S. 81–118). Berlin, Heidelberg, New York: Springer.
- Mombour, W. (1976). Systematik psychischer Störungen. In L. J. Pongratz (Hrsg.), *Handbuch der Psychologie, Bd. 8/1*. Göttingen: Hogrefe.
- Mombour, W. (1980). Die 9. Revision des Diagnoseschlüssels und Glossars psychiatrischer Erkrankungen der WHO: Unterschiede zur 8. Revision. *Nervenarzt*, 51, 505–511.
- Mombour, W., Gammel, G., Zerssen, D. v. & Heyse, H. (1973). Die Objektivierung psychiatrischer Syndrome durch multifaktorielle Analyse des psychopathologischen Befundes. *Nervenarzt*, 44, 352–358.
- Morey, L. C. & Blashfield, R. K. (1981). A symptom analysis of the DSM-II definition of schizophrenia. *Schizophrenia Bull.*, 7, 258–268.
- Overall, H. E. & Gorham, D. R. (1962). The Brief Psychiatric Rating Scale. *Psychol. Rep.*, 10, 799–812.
- Overall, H. E. & Klett, C. J. (1972). *Applied multivariate analysis*. New York: McGraw-Hill.
- Paykel, E. S. (1977). Response to treatment and depressive classification. In G. D. Burrows (Ed.), *Handbook of studies on depression* (pp. 21–47). Amsterdam, London, New York: Excerpta Medica.
- Philipp, M., Maier, W. & Benkert, O. (1986 a). Dimensional classification as an instrument for biological research in endogenous depression. In H. Hippus et al. (.), *New results in depression* (pp. 145–155). Berlin, Heidelberg: Springer.
- Philipp, M., Maier, W. & Wilhelm, D. (1986 b). Das polydiagnostische Interview (PODI). *Psycho*, 12, 394–395.
- Pietzcker, A., Gebhardt, R., Freudenthal, K. & Langer, C. (1981). Diagnostische Dif-

- ferenzierungsfähigkeit von psychopathologischen Syndromen bei schwierigen Differentialdiagnosen. *Arch. Psychiatr. Nervenkr.*, 230, 141–156.
- van Praag, H. M. (1978). The scientific foundation of anti-psychiatry. *Acta Psychiatrica Scand.*, 58, 113–141.
- Rennert, H. (1977). Zur Entstehung und Einordnung psychischer Krankheiten aus der Sicht einer Universalgenese der Psychosen. *Psychiatr. Neurol. med. Psychol.*, 29, 9–13.
- Rakoff, V. M., Stancer, H. C. & Kedward, H. B. (Eds.). (1977). *Psychiatric diagnosis*. New York: Brunner/Mazel.
- Robins, L. N., Helzer, J. E., Coughan, J. & Redcliff, K. S. (1981). National Institute of Mental Health Diagnostic Interview Schedule. Its history, characteristics, and validity. *Arch. Gen. Psychiatr.*, 38, 381–389.
- Roth, M. (1978). Psychiatric diagnosis in clinical and scientific settings. In H. S. Akiskal & W. L. Webb (Eds.), *Psychiatric diagnosis: Exploration of biological predictors*. London: Spectrum Publications.
- Roth, M., Garside, R. & Gurney, C. (1974). Classification of depressive disorders. In J. Angst (Ed.), *Classification and prediction of outcome of depression* (pp. 3–26). Stuttgart, New York: Schattauer.
- Scharfetter, C., Moerbst, H. & Wing, J. K. (1976). Diagnoses of functional psychoses. Comparison of clinical and computerized classifications. *Arch. Psychiatr. Nervenkr.*, 22, 61–67.
- Scheff, T. J. (1973). *Das Etikett: „Geisteskrankheit“*. Frankfurt: Fischer.
- Schupkowsky, N. (1974). Die Antipsychiatrie in Vergangenheit und Gegenwart. *Fortschr. Neurol. Psychiatr.*, 42, 291–311.
- Schmid, W., Castell, R., Mombour, W., Mittelstein-Scheid, D. & Zerssen, D. v. (1974). Die diagnostische Übereinstimmung zwischen Klinikern und dem DIAL-Programm. *Arch. Psychiatr. Nervenkr.*, 218, 339–351.
- Schou, M. (1980). *Lithium-Behandlung der manisch-depressiven Krankheit*. Stuttgart, New York: Thieme.
- Schubö, W., Hentschel, U., Zerssen, D. v. & Mombour, W. (1975). Psychiatrische Klassifikation durch diskriminanzanalytische Anwendung der Q-Faktorenanalyse. *Arch. Psychiatr. Nervenkr.*, 220, 187–200.
- Spitzer, R. L. & Fleiss, J. L. (1974). A re-analysis of the reliability of psychiatric diagnosis. *Brit. J. Psychiatr.*, 125, 341–374.
- Spitzer, R. L. & Klein, D. F. (1978). *Critical issues in psychiatric diagnosis*. New York: Raven Press.
- Spitzer, R. L., Endicott, J., Cohen, J. & Fleiss, J. L. (1974). Constraints on the validity of computer diagnosis. *Arch. Gen. Psychiatr.*, 31, 197–203.
- Spitzer, R. L., Endicott, J. & Robins, E. (1975). Preliminary report of the reliability of Research Diagnostic Criteria applied to psychiatric case records. In A. Sudilowski, S. Gershon & B. Beer (Eds.), *Predictability in psychopharmacology and clinical correlations*. New York: Raven Press.
- Spitzer, R. L., Endicott, J. & Robins, E. (1978). Research diagnostic criteria. *Arch. Gen. Psychiatr.*, 35, 773–782.
- Spitzer, R. L., Foreman, J. B. W. & Nee, J. (1979). DSM-III field trials: Initial interrater diagnostic reliability. *Am. J. Psychiatr.*, 136, 815–817.
- Szasz, T. S. (1973). *Geisteskrankheit – ein moderner Mythos?* Olten: Walter.
- Tsuang, M. T. & Dempsey, G. M. (1979). Long-term outcome of major psychoses. II. Schizoaffective disorders compared with schizophrenia. Affective disorders and a surgical control group. *Arch. Gen. Psychiatr.*, 36, 1302–1304.

- Wing, J. K. (1977). The limits of standardization. In M. Rakoff, H. C. Stencer & H. B. Kedward (Eds.), *Psychiatric diagnosis*. New York: Brunner/Mazel.
- Wing, J. K., Cooper, J. E. & Sartorius, N. (1972). *Instruction manual for the Present State Examination and CATEGO*. London: Institute of Psychiatry.
- Wing, J. K., Cooper, J. E. & Sartorius, N. (1974). *Measurement and classification of psychiatric symptoms*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Wittchen, H. U. (1993). Diagnostik psychischer Störungen: Über die Optimierung der Reliabilität zur Verbesserung der Validität? In M. Berger, H.-J. Möller & H.-U. Wittchen (Hrsg.), *Psychiatrie als empirische Wissenschaft* (S. 17–39) München: Zuckschwerdt.
- Wittchen, H. U., Semler, G. & Zerssen, D. v. (1985). A comparison of two diagnostic methods. Clinical ICD diagnoses vs. DSM-III and Research Diagnostic Criteria using the Diagnostic Interview Schedule (Version 2). *Arch. Gen. Psychiat.*, 42, 677–684.
- Wittchen, H. U., Zaudig, M., Schramm, E., Spengler, P., Mombour, W., Klug, J., Horn, R. (1987): *Strukturiertes Klinisches Interview für DSM-III-R. Interviewheft*. Weinheim, Basel: Beltz.
- Wittenborn, J. K. (1977). Stability of symptom ratings for schizophrenic men. *Arch. Gen. Psychiat.*, 34, 437–440.
- World Health Organization (WHO) (1973). *The international pilot study of schizophrenia (PSS)*. Genf: WHO.
- Zerbin-Rüdin, E. (1980). Psychiatrische Genetik. In K. P. Kisker, J. E. Meyer, C. Müller & E. Strömngren (Hrsg.), *Psychiatrie der Gegenwart* (Bd. 1/2. 2. Aufl., S. 545–618). Berlin, Heidelberg, New York: Springer.
- von Zerssen, D. (1973 a). Diagnose. In Ch. Müller (Hrsg.), *Lexikon der Psychiatrie* (S. 135–139). Berlin, Heidelberg, New York: Springer.
- von Zerssen, D. (1973 b). Nosologie. In Ch. Müller (Hrsg.), *Lexikon der Psychiatrie* (S. 355–357). Berlin, Heidelberg, New York: Springer.
- von Zerssen, D. (1973 c). Syndrom. In Ch. Müller (Hrsg.), *Lexikon der Psychiatrie* (S. 508–509). Berlin, Heidelberg, New York: Springer.
- von Zerssen, D. (1973 d). Typus. In Ch. Müller (Hrsg.), *Lexikon der Psychiatrie* (S. 540–542). Berlin, Heidelberg, New York: Springer.
- von Zerssen, D. (1973 e). Methoden der Konstitutions- und Typenforschung. In M. Thiel (Hrsg.), *Encyclopädie der geisteswissenschaftlichen Arbeitsmethoden*. München: Oldenbourg.
- von Zerssen, D., unter Mitarbeit von D. M. Koeller (1976). *Klinische Selbstbeurteilungsskalen (KSb-S) aus dem Münchner Psychiatrischen Informationssystem (PSYCHIS München)*. Manual: a) Allgemeiner Teil, b) Paranoid-Depressivitäts-Skala, c) Befindlichkeits-Skala, d) Beschwerden-Liste. Weinheim: Beltz.
- Zilboorg, G. (1941). *History of medical psychology*. New York: Norton.
- Zubin, J. (1967). Classification of the behavior disorders. *Ann. Rev. Psychol.*, 18, 373–401.