

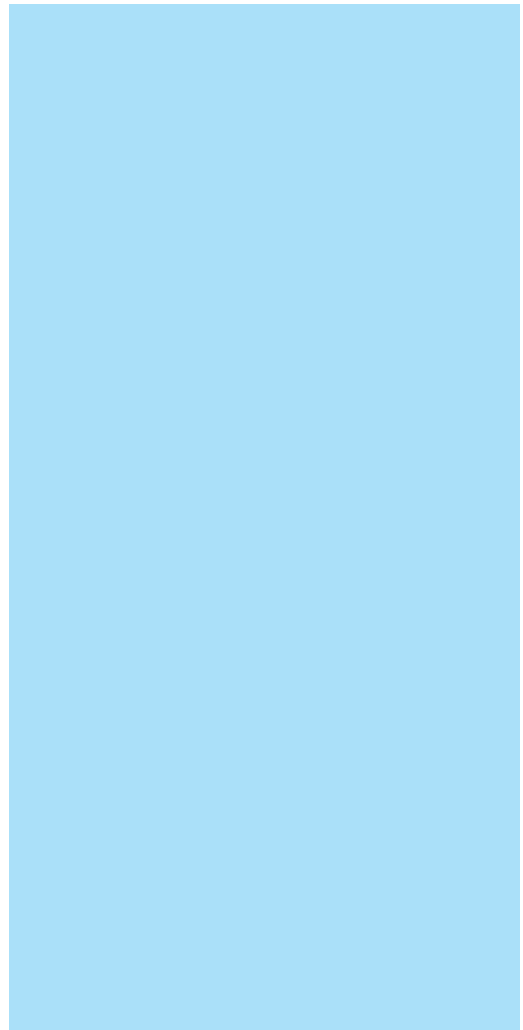
A. Störungsübergreifender Teil

Teil II

Klassifikation,

Diagnostik:

Allgemeine Grundlagen





# 6. Klassifikation

Urs Baumann und Rolf-Dieter Stieglitz

## Inhaltsverzeichnis

1. Methodische Bemerkungen	83	2.5 Multiaxiales System für Kinder und Jugendliche	91
2. Klassifikationssysteme für Personen mit psychischen Störungen	84	2.6 Untersuchungsverfahren	93
2.1 Allgemeine Gesichtspunkte	84	2.7 Bewertung von Diagnosesystemen bei psychischen Störungen	95
2.2 ICD – Klassifikationssystem der Weltgesundheitsorganisation WHO	86	3. Merkmalsklassifikationen	97
2.3 ICIDH – Klassifikationssystem der WHO für Schädigungen, Fähigkeitsstörungen und Beeinträchtigungen	90	4. Literatur	98
2.4 DSM – Klassifikationssystem der American Psychiatric Association (APA)	90		

## 1. Methodische Bemerkungen

Klassifikationen sind Bemühungen, die Vielfalt an Einzelercheinungen in *übergeordnete* Einheiten zu ordnen. Klassifikationsversuche findet man in allen Wissenschaften. Sie sind Grundprinzipien der Wissenschaften, da damit Gesetzmäßigkeiten herausgearbeitet werden. Neben der Suche nach übergeordneten Einheiten versteht man unter Klassifikation auch den Vorgang der *Zuordnung* eines Elementes, dessen Klassenzugehörigkeit man nicht kennt, zu vorgegebenen Klassen; letzteres wird hier nicht weiter vertieft. Die wissenschaftstheoretischen Gesichtspunkte zur Klassifikation finden sich in Kapitel 3.

In der Persönlichkeitspsychologie dominierte lange Zeit die Klassifikation von Merkmalen mittels der Faktorenanalyse (R-Technik; vgl. Kline, 1994); das Ergebnis dieser Klassifikationsversuche sind dimensionale Eigenschaftssysteme (z.B. Cattell, Eysenck). Von geringerer Bedeutung waren Bestrebungen um Personen-Klassifikationen (Q<sup>1</sup>-, Q-

Technik); noch weniger finden sich Ergebnisse zur O-Technik, die Situationstypologien generiert. Die verschiedenen Klassifikationsmöglichkeiten sind im Kovariationsschema von Cattell (Amelang & Bartussek, 1997) diskutiert worden.

In der Klinischen Psychologie und Psychiatrie haben wir Merkmals- und Personenklassifikationen. Bei der Merkmalsklassifikation stehen Bemühungen im Vordergrund, auf der Basis von Symptom- oder Merkmalskonfigurationen höhere Einheiten in Form von Syndromen zu definieren. Personen werden durch Syndromprofile (vergleichbar den Eigenschafts-Profilen) beschrieben. Die meisten Untersuchungsverfahren stellen implizit Systeme der Merkmalsklassifikation dar (z.B. Freiburger Persönlichkeits Inventar FPI). Neben den Merkmalsklassifikationen sind im medizinischen Sektor Personenklassifikationen in Form von Diagnosen besonders wichtig. Die Elemente der Diagnosen-Systeme sind in der Regel nicht durch notwendige und hinreichende Zugehörigkeitsbedingun-

gen – wie bei Klassen (z.B. Klasse der Nationalitäten) – definiert; vielmehr sind sie durch hinreichende Bedingungen charakterisiert und stellen damit Typen dar. Typen sind geometrische Schwerpunkte in einem Merkmalsraum, wobei zwischen den einzelnen Typen keine exakten Grenzen vorhanden sind. Die Zugehörigkeit zu einem Typus kann durch unterschiedliche Datenkonfigurationen (Merkmalszusammenstellungen) gewährleistet sein, was den Typus von der Klasse unterscheidet.

Zur *Beurteilung* klinischer Klassifikationssysteme sind die in Tabelle 1 dargestellten formalen und inhaltlichen Gesichtspunkte wichtig.

Auf Grund der Komplexität der Beurteilungsaspekte ist die Frage, welches Klassifikationssystem *generell* am besten sei, nicht zu beantworten (vgl. auch Problem der Theorienbeurteilung). Unterschiede zeigen sich jedoch bezüglich der Angemessenheit hinsichtlich einzelner Beurteilungskriterien (z.B. formale Genauigkeit, Nutzen).

## 2. Klassifikationssysteme für Personen mit psychischen Störungen

### 2.1 Allgemeine Gesichtspunkte

Im klinischen Sektor gibt es eine Vielzahl an Klassifikationssystemen, sei es für den gesamten Bereich der psychischen Störungen, sei es für Teilbereiche. So führen Berner et al. (1983) 15 verschiedene Klassifikationssysteme für Schizophrene Psychosen an (z.B. St. Louis-Kriterien, RDC-Kriterien, ICD-9). Dies hat zur Forderung nach einem *polydiagnostischen* Ansatz geführt, bei dem simultan die wichtigsten Systeme berücksichtigt werden (Berner et al., 1983; Philipp, 1994). Die Vielzahl an Klassifikationssystemen hat aber in neuerer Zeit an Bedeutung verloren, da die Klassifikation psychischer Störungen international von zwei Systemen dominiert wird: ICD (International Classification of Diseases), DSM (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders).

In Teil B dieses Buches werden zu verschiedenen Teilbereichen – zu Funktionen, Funktionsmustern (Syndromen/psychischen Störungen), interpersonellen Systemen – Klassifikationen vorgestellt. In diesem Kapitel sollen die beiden wichtigsten Systeme zur Personenklassifikation – ICD und DSM – überblicksweise dargestellt werden; in Teil B dieses Buches werden in den verschiedenen Kapiteln auf diese Systeme Bezug genommen und Details angeführt. In den entsprechenden Kapiteln erfolgt die Quellenangabe zu ICD-10 und DSM-IV nur bei Vorliegen von Zitaten.

In der Diskussion um die neueren Personenklassifikationssysteme finden sich einige zentrale Begriffe, die für ICD und DSM relevant sind und daher hier abgehandelt werden (Stiegitz & Freyberger, 1996):

- **Komorbidität:** Auftreten verschiedener psychischer Störungen bei einer Person. In der Regel handelt es sich um ein gleichzeitiges Auftreten; zum Teil wird aber auch das Auftreten bei einer Person innerhalb eines bestimmten Zeitraumes verstanden. Liegen neben psychischen Störungen auch somatische Erkrankungen vor, so spricht man von *Multimorbidität*. Aussagen zur Komorbidität sind von Bedeutung für die Therapie, aber auch für Hypothesen bezüglich Ätiologie/Bedingungsanalyse (bei Komorbidität der Störungen S1 und S2 kann dies ein Hinweis auf gemeinsame Ursache sein; es sind aber auch andere Bedingungsmodelle möglich: z.B. kann S1 zu S2 führen; vgl. auch Frances, Widiger & Fyer, 1990).

- **Multiaxialität.** Darunter versteht man die Beschreibung einer Person mittels mehrer Achsen, wobei jede Achse durch spezifische Inhalte charakterisiert ist. Während bei den mehrdimensionalen – faktorenanalytisch gewonnenen – Persönlichkeitsmodellen (z.B. Eysenck) die einzelnen Dimensionen ein inhaltlich geschlossenes System darstellen, beinhalten die multiaxialen Systeme meist eine Sammlung unterschiedlicher Aspekte, die teilweise additiv und theoretisch nicht begründet zusammengefügt worden sind (s. nächste Abschnitte). Positiv ist anzumerken, daß die multiaxiale Betrachtungsweise eine differenziertere Personen-Beschreibung als eindimensionale Betrachtung

Tabelle 1: Beurteilungskriterien für Klassifikationssysteme

<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Ziel der Klassifikation:</b> Kommunikationsmittel; Forschungsinstrument; Therapie-Einheiten (zum Beispiel Diagnose X1 ist mit Therapieform T1, Diagnose X2 mit T2 zu behandeln); Basis für Statistik im Gesundheitswesen etc.</li> <li>• <b>Geltungsbereich:</b> zum Beispiel alle Störungen/Krankheiten wie in ICD-10; nur psychische Störungen wie in DSM-IV; gesamte Persönlichkeit (z.B. big-five); Teilbereiche (zum Beispiel Aspekte der Kontrollüberzeugung).</li> <li>• <b>Klassifikationslogik:</b> Typen; Klassen; Dimensionen.</li> <li>• <b>Klasseneigenschaften:</b> Zuordnung zu einer oder mehreren Einheiten möglich, das heißt, eine Person kann nur <i>einer</i> oder mehreren Einheiten angehören (vgl. Konzept der Komorbidität; s. Text).</li> <li>• <b>Klassifikationseinheiten:</b> Personen (zum Beispiel Diagnosen); Merkmale (zum Beispiel Eigenschaften, Syndrome); Situationen usw.</li> <li>• <b>Klassifikationsbasis</b> (welche Aspekte werden zur Klassifikation herangezogen): Auswahl der Datenebenen (s. Kap. 7/Diagnostik): biologisch/somatische, psychische, soziale, ökologische Ebene. Nutzung <i>einer</i> oder mehrerer Ebenen. Bezüglich einzelner Datenebenen kann man wiederum Unterteilungen vornehmen; zum Beispiel bei der psychischen Datenebene: Erleben, Verhalten (inkl. Leistung). Bei Diagnosesystemen werden vielfach folgende Aspekte unterschieden: Symptomatik; Schweregrad der Störung; Ätiologie (zum Beispiel ICD-10: FO organisch, einschließlich symptomatischer psychischer Störungen); Verlauf (zum Beispiel Unterscheidung zwischen bipolarer affektiver Störung und depressiver Episode in ICD-10); Therapie. Die Klassifikation stellt dann eine <i>Nosologie</i> dar, wenn die Krankheitseinheiten gleichzeitig Aussagen zum klinischen Bild, zu Verlauf, Pathogenese, Ätiologie und Therapieerfolge beinhalten.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Datenquelle für Klassifikationssystem:</b> Selbstbeobachtung; Fremdbeobachtung; apparative Verfahren (s. Kap. 7/Diagnostik). Nutzung <i>einer</i> oder mehrerer Datenquellen.</li> <li>• <b>Gewinnung der Einheiten:</b> Klinisch-kombinatorisch (das heißt System resultiert aus dem Gesamt der Forschung und Praxis; stellt letztlich jedoch das Ergebnis von Konventionen durch Expertengremien dar); theoretisch (d.h. Einheiten resultieren aus einer Theorie; zum Beispiel psychoanalytische Neurosenlehre); algorithmisch (das heißt Einheiten stellen das Ergebnis von mathematisch-statistischen Verfahren dar, zum Beispiel Faktorenanalyse, Clusteranalyse).</li> <li>• <b>Definition der Einheiten:</b> keine; textliche Umschreibung der Einheiten (meist Glossar oder Manual genannt); Kriterienkatalog mit Verknüpfungsregeln der Kriterien (operationale Diagnostik; s. Text).</li> <li>• <b>Zuordnungsregeln für nicht klassifizierte Objekte zu Klassifikationseinheiten:</b> keine; implizite Regeln bei Glossar (Umschreibung gibt indirekt Zuordnungsregeln an); explizite Regeln (aufgrund von ausformulierten Zugehörigkeitsbedingungen); mathematisch-statistische Algorithmen (vgl. Computerdiagnostik mittels Ähnlichkeitskoeffizienten, Wahrscheinlichkeitsangaben etc.).</li> <li>• <b>Formale Genauigkeit:</b> Reliabilität, im speziellen unter Interraterreliabilität (Beurteiler-Übereinstimmung; Objektivität; s. Text) abgehandelt.</li> <li>• <b>Kriterien der Theorienbeurteilung:</b> Präzision; logische Konsistenz; Nutzen etc. Klassifikationssysteme stellen Konstruktsysteme dar und unterstehen daher den Kriterien der Theorienbildung. Obwohl Diagnosesysteme nicht wie Tests validiert werden können, spricht man dennoch teilweise von der Validierung bzw. Validität von Diagnosen (vgl. Robins &amp; Barrett, 1989).</li> </ul>
--	--

tung zuläßt; dies trifft dann zu, wenn Person X z.B. nur durch *eine* Diagnose im klassischen Sinne beschrieben wird.

- **Operationale Diagnostik.** Eine Diagnose wird durch einen Kriterienkatalog (Ein- und Ausschlußkriterien) mit Verknüpfungsregeln für die Kriterien definiert. Die einzelnen Kriterien haben vielfach folgende Struktur (Bsp. für Regeln: s. die einzelnen Kapitel zur Klassifikation und Diagnostik von Störungen bei Funktionsmustern):

- Symptom/e muß/müssen vorhanden sein,
- Symptom/e dürfen nicht vorhanden sein,
- von den Symptomen müssen mindestens x vorhanden sein.

Die Regeln beinhalten meist Symptome; zusätzlich kommen vielfach Zeit- (z.B. länger als 1 Mo-

nat vorhanden) und zum Teil Verlaufskriterien (z.B. kontinuierlicher Verlauf) hinzu.

Die operationale Diagnostik führt – wie Studien zeigen – zu einer verbesserten Interrater-Reliabilität. Bezüglich der operationalen Diagnostik ist aber zu sagen, daß die angegebenen Kriterien (Art der Symptome, Häufigkeiten, Zeitaspekte etc.) letztlich Konventionen darstellen, die nicht zwingend homogene und inhaltlich sinnvolle Gruppen gewährleisten (Reliabilität gewährleistet nicht Validität). Ein weiteres Problem entsteht dadurch, daß die Vielzahl von Symptomkriterien (in ICD-10 wie DSM-IV mehrere hundert Symptomkriterien) meist nicht definiert sind, was einen relativ großen Interpretationsspielraum läßt.

- **Fehlerquellen im diagnostischen Prozeß:** Diagnosen werden im Rahmen eines diagnostischen

Prozesses erstellt, der durch verschiedene Faktoren beeinflusst werden kann (Stieglitz & Freyberger, 1996). Diese Faktoren fließen in der Regel als Fehlervarianz bei der Überprüfung von Diagnosesystemen ein, indem das Maß an Übereinstimmung der BeurteilerInnen (Inter-rater-Reliabilität, Objektivität) reduziert wird:

(1) *PatientInnen- oder Subjektvarianz* (Langzeitperspektive): zu zwei unterschiedlichen Zeitpunkten können PatientInnen sich in verschiedenen Krankheitszuständen befinden (z.B. Übergang von einer manischen in eine depressive Episode bei einer bipolaren affektiven Störung). Mangelnde Übereinstimmung bei der Diagnose ist daher nicht dem Diagnosesystem anzulasten.

(2) *Situationsvarianz* (kurzzeitige PatientInnenvarianz): PatientInnen können zu zwei Zeitpunkten unterschiedliche Störungsausprägungen haben (z.B. auch aufgrund der Behandlung), was sich ebenso auf die Reliabilität der Diagnose auswirken kann.

(3) *Informationsvarianz*: aufgrund unterschiedlicher Information über die kranke Person können verschiedene UntersucherInnen zu unterschiedlichen Diagnosen kommen. Vielfach liegen z.B. im Falle von Mehrfachhospitalisierungen bei späteren Hospitalisierungen mehr Informationen als bei früheren Einweisungen vor. Informationsvarianz entsteht auch dadurch, daß sich die einzelnen UntersucherInnen in ihrer Exploration unterscheiden, wodurch die diagnostischen Entscheidungen auf ungleichen Datenbasen beruhen (vgl. auch Begriff der Durchführungsobjektivität bei Tests: Ausmaß, inwiefern zwei UntersucherInnen bei der Testdurchführung identische Information gewinnen).

(4) *Beobachtungsvarianz*: verschiedene UntersucherInnen werten die erhobene Information unterschiedlich aus, d.h. sie geben den erhobenen Informationen unterschiedliches Gewicht (vorhandenes Verhalten wird z.B. bezüglich des Schweregrades der Symptomatik ungleich bewertet; vgl. Auswertungsobjektivität bei Tests).

(5) *Kriterienvarianz*: verschiedene UntersucherInnen kommen aufgrund des ausgewerteten

Materials zu unterschiedlichen Diagnosen, d.h. verwenden jeweils ungleiche Kriterien, um zu diagnostischen Entscheidungen zu gelangen. Kriterienvarianz kann aber auch durch nicht präzise definierte Diagnosen zustande kommen (vgl. Interpretationsobjektivität bei Tests).

Während es sich bei der PatientInnen- und Situationsvarianz um wahre Varianzquellen handelt, die nicht zu Lasten der UrteilerInnen oder Diagnosesystems gehen, sind die anderen drei Quellen (3) bis (5) als Fehlervarianz im engeren Sinne anzusehen. Entwicklungen innerhalb der psychiatrischen Diagnostik in den vergangenen Jahrzehnten zielten daher darauf ab, diese zu reduzieren. Die Kriterienvarianz ist durch die Einführung und weitgehende Akzeptanz der operationalen Klassifikationssysteme ICD-10 und DSM-IV massiv reduziert worden. Informations- und Beobachtungsvarianz können durch die Anwendung von Interviewverfahren reduziert werden (s. Abschnitt 2.6).

## 2.2 ICD – Klassifikationssystem der Weltgesundheitsorganisation WHO

Von der Weltgesundheitsorganisation WHO wird ein Klassifikationssystem für den gesamten Bereich der Krankheiten, das auch für somatische, herausgegeben, als *ICD – International Classification of Diseases* – genannt wird. Die Ziffer weist auf die zugrundeliegende Revision hin; die Revisionen erfolgten bisher im Abstand von ca. 10 bis 15 Jahren. Seit kurzem ist ICD-10, d.h. die 10. Revision gültig (Dilling, Mombour & Schmidt, 1993). Da vor allem in der Literatur, zum Teil aber auch in Statistiken die bisherige Version ICD-9 (Degkwitz, Helmchen, Kockott & Mombour, 1980) verwendet wird, soll im folgenden auch die Version ICD-9 bezüglich des Teiles V (psychiatrische Krankheiten) cursorisch vorgestellt werden; im Lehrbuch selbst wird aber vor allem auf ICD-10 Bezug genommen.

In *ICD-9* sind die psychischen Störungen in vier Teilbereiche unterteilt: (1) Organische Psychosen; (2) andere Psychosen; (3) Neurosen, Persönlichkeitsstörungen (Psychopathien) und andere nichtpsychotische Störungen; (4) Oligophrenien. Jeder Teilbereich ist in

Hauptkategorien unterteilt, die durch drei Ziffern (290–319) gekennzeichnet werden (z.B. 295 Schizophrene Psychosen, 300 Neurosen). Die Verwendung der vierten Ziffer erlaubt die Kennzeichnung von Unterkategorien (z.B. 300.2 Phobie; 300.3 Zwangsneurose). ICD-9 (Teil V) enthält nicht nur einen Diagnoseschlüssel (Liste der vierstelligen Ziffern mit Krankheitsname); zusätzlich wurde ein Glossar herausgegeben, in dem die drei- und vierstelligen Klassifikationseinheiten umschrieben sind. In Anlehnung an ICD-9 wurde von der American Psychiatric Association eine modifizierte Form für die USA eingeführt, die ICD-9-CM («clinical modification») genannt wird; im Gegensatz zu ICD-9 enthält ICD-9-CM noch eine fünfte Klassifikationseinheit (z.B. 300.21 Panikstörung mit Agoraphobie). Die ICD-Klassifikation in Form von ICD-9-CM wird bei DSM-IV zu Vergleichszwecken angegeben; es ist zu erwarten, daß in den USA demnächst ICD-9-CM durch ICD-10 abgelöst wird. Daher werden in der deutschsprachigen Version von DSM-IV neben ICD-9-CM auch ICD-10 Codes angegeben (Bsp. Panikstörung mit Agoraphobie 300.21; F40.01).

Mit *ICD-10* ist eine umfassende Revision verbunden worden, indem das ICD-System bezüglich der psychischen Störungen in verschiedenen Punkten an das DSM-System angenähert wurde (auf Unterschiede wird weiter unten eingegangen). ICD-10 als Gesamtsystem aller Krankheiten umfaßt 21 Kapitel (I–XXI), wobei Kapitel V die psychischen Störungen enthält. Zusätzlich haben wir eine Untergliederung aller Krankheiten in die Bereiche A–Z, wobei zum Teil den jeweiligen Kapiteln mehr als ein Bereich zugeordnet wird. Kapitel V umfaßt nur den Bereich F; so daß die psychischen Störungen im Kapitel V (F) angeführt sind. Dies kommt auch im Titel des deutschsprachigen Manuals zum Ausdruck: «Internationale Klassifikation psychischer Störungen. ICD-10 Kapitel V (F)».

Gemäß den in Tabelle 1 angeführten Kriterien kann ICD-10 – unter besonderer Berücksichtigung von Teil V (F) – wie folgt zusammenfassend beschrieben werden:

- *Ziel der Klassifikation:* Gesundheitsstatistik, Forschung, Kommunikation, Therapieeinheiten etc.

- *Geltungsbereich:* alle Krankheiten (nicht nur psychische Störungen).
- *Klassenlogik:* Typen (Diagnosen).
- *Klasseneigenschaften:* Komorbidität zugelassen.
- *Klassifikationseinheiten:* Personen.
- *Klassifikationsbasis:* uneinheitlich (Ätiologie, Verlauf, Syndromatik, Schweregrad etc.); atheoretisch, deskriptiv.
- *Datenquellen:* Nutzung aller Datenquellen.
- *Vorgehen bei Gewinnung der Einheiten:* klinisch-kombinatorisch, basierend auf Konventionen in Abstimmung mit den Mitgliedsländern der WHO
- *Definition der Einheiten* (hier: psychische Störungen): Glossar und Kriterienkataloge.
- *Zuordnungsregeln* (hier: psychische Störungen): zum Teil implizite, zum Teil explizite Regeln.
- *Formale Genauigkeit* (hier: psychische Störungen): mehrfach in Studien international überprüft (vgl. z.B. Freyberger, Stieglitz & Dilling, 1996).

Im Teil V (F) werden die psychischen Störungen in 10 Hauptgruppen (F0–9; Überblick s. Tab. 2) unterteilt, wobei jede psychische Störung – neben dem Buchstaben F – mit vier Ziffern (vereinzelt fünf) verschlüsselt werden, so daß man – inkl. dem Buchstaben F – von fünf-, bzw. sechsstelliger Klassifikation spricht: *Fab.cd*, *Fab.cde*. Der Punkt wird dabei nicht mitgezählt, da er nur der besseren Lesbarkeit dient. Für internationale Statistiken werden in der Regel dreistellige Klassifikationen *Fab* verwendet. Die einzelnen Positionen haben die gem. Tabelle 3 dargestellte Bedeutung.

Will man zum Ausdruck bringen, daß bei einer somatisch klassifizierten Krankheit psychische Komponenten beteiligt sind, so ist neben der somatischen Kodierung zusätzlich die Kategorie F54 (psychologische Faktoren und Verhaltensfaktoren bei andernorts klassifizierten Krankheiten) zu verwenden.

ICD-10 V (F) ist in verschiedenen Versionen, die sich an unterschiedliche Zielgruppen richten, erschienen, wobei die Codierung in allen Versionen gleich ist:

- *Klinisch-diagnostische Leitlinien* (Dilling et al., 1993): konzipiert für die klinische Praxis.

Jede Störungseinheit ist mit den jeweiligen Codes und dem Text (Glossar) detailliert beschrieben. Für die einzelnen Einheiten finden sich zusätzlich Kriterienkataloge mit unterschiedlicher Präzisierung (operationale Diagnostik: s. unten)

• **Forschungskriterien** (Dilling, Mombour, Schmidt & Schulte-Markwort, 1994): Um für die Forschung homogene PatientInnenstichproben zu erreichen, ist jede Störungseinheit mit einem Kriterienkatalog beschrieben. Die Version «Forschungskriterien» enthält präzisere Kriterien als die Version «klinisch-diagnostische Leitlinien». Daher sind – um eine möglichst hohe Interrater-Reliabilität zu erreichen – vor allem für Forschungsprojekte die Forschungskriterien zu verwenden. Diese Version entspricht am ehesten DSM-IV hinsichtlich des Präzisionsgrades der Definition von Störungsgruppen.

• **Leitfaden zur Diagnostik und Therapie in der Primärversorgung nach dem Kapitel V (F) der ICD** (Müßigbrodt, Kleinschmidt, Schürmann, Freyberger & Dilling, 1996). Diese Fassung ist für NutzerInnen außerhalb der Psychiatrie gedacht (Primärversorgung). Sie enthält neben den diagnostischen Kriterien (in verkürzter Form) auch Hinweise zur Therapie.

Ergänzend kommen diverse weitere Begleitmaterialien hinzu, die unterschiedlichen offiziellen Charakter haben:

- Computer-Tutorial (Malchow, Kanitz & Dilling, 1995);
- Fallbuch (Freyberger & Dilling, 1995);
- ICD-10-Merkmaliste (Dittmann, Freyberger, Stieglitz & Zaudig, 1990);
- Lexikon psychopathologischer Grundbegriffe (Freyberger, Siebel, Mombour & Dilling, 1998);

**Tabelle 2:** Hauptkategorien ICD-10 (klinisch-diagnostische Leitlinien; Dilling et al., 1993) und DSM-IV (American Psychiatric Association, 1996)

	ICD-10	DSM-IV
F0	Organische, einschließlich symptomatischer psychischer Störungen	Delir, Demenz, amnestische und andere kognitive Störungen
F1	Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen	Störungen im Zusammenhang mit psychotropen Substanzen
F2	Schizophrenie, schizotype und wahnhafte Störungen	Schizophrenie und andere psychotische Störungen
F3	Affektive Störungen	Affektive Störungen
F4	Neurotische-, Belastungs- und somatoforme Störungen	Angststörungen; Somatoforme Störungen; Dissoziative Störungen; Anpassungsstörungen
F5	Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen und Faktoren <sup>1</sup>	Eßstörungen; Schlafstörungen; Sexuelle und Geschlechtsidentitätsstörungen (auch F6)
F6	Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen	Persönlichkeitsstörungen; vorgetäuschte Störungen; Störungen der Impulskontrolle, nicht andernorts klassifiziert
F7	Intelligenzminderung	Störungen, die gewöhnlich zuerst im Kleinkindalter, in der Kindheit oder der Adoleszenz diagnostiziert werden
F8	Entwicklungsstörungen	
F9	Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend	
		Psychische Störungen aufgrund eines medizinischen Krankheitsfalles
		Andere klinisch relevante Probleme (auch F5)

<sup>1</sup> Formulierung gem. ICD-10 Forschungskriterien (Dilling et al., 1994): Verhaltensauffälligkeiten in Verbindung mit körperlichen Störungen und Faktoren.

Tabelle 3: ICD-10 Klassifikation Fab.cde

Code	Klassifikationsebene	Bedeutung	Beispiel
F	einstellig	Hinweis auf psychische Störung	
Fa	zweistellig: Hauptkategorie	umfaßt verschiedene, als zusammengehörig betrachtete Störungen	F4: Neurotische-, Belastungs- und somatoforme Störungen
Fab	dreistellig: Kategorie	einzelne Störungseinheiten	F40 Phobische Störungen F14 Psych. und Verhaltensstörungen durch Kokain
Fab.c	vierstellig: Subkategorie	Spezifikation u. a. aufgrund inhaltlicher Gestaltung (z. B. Art der Phobie) oder Schweregrad	F40.0 Agoraphobie F32.0 leichte depressive Episode F14.2 Abhängigkeitssyndrom von Kokain
Fab.cd	fünfstellig: Zusatzspezifikationen	Spezifikation u. a. aufgrund von Verlauf, somatischer Syndromatik, inhaltlicher Gestaltung	F40.00 Agoraphobie ohne Panikstörung F40.01 ... mit Panikstörung F14.24 Abhängigkeitssyndrom von Kokain, bei gegenwärtigem Substanzgebrauch
Fab.cde	sechsstellig: Zusatzspezifikation	wird nur bei einigen Störungsgruppen (zum Beispiel Abhängigkeitssyndrom, bipolare affektive Störungen) zur Zusatzspezifizierung verwendet	F14.241 Abhängigkeitssyndrom von Kokain, bei gegenwärtigem Substanzgebrauch, mit körperlichen Symptomen

- Transformationsregeln ICD-10 zu anderen Systemen (insbesondere ICD-9, DSM-III-R; Freyberger, Schulte-Markwort & Dilling, 1993 a,b);
- Kurzfassung (DIMDI, 1994a, b).

Vorgesehen ist in Anlehnung an DSM-IV ein *multiaxiales* Konzept (Siebel et al., 1997), das folgende Achsen enthalten soll:

- *Achse I*: psychische Störungen (inkl. Persönlichkeitsstörungen) und somatischen Störungen/Erkrankungen.
- *Achse II*: soziale Funktionseinschränkungen (Globaleinschätzung und Subskalen wie z. B. familiäre oder berufliche Funktionsfähigkeit).
- *Achse III*: Umgebungs- und situationsabhängige Einflüsse/Probleme der Lebensführung und Lebensbewältigung (z. B. Probleme in Verbindung mit Erziehung und Bildung, Berufstätigkeit und Arbeitslosigkeit).

Gegenüber ICD-9 unterscheidet sich ICD-10 in diversen Punkten (s. Dilling, Schulte-Markwort & Freyberger, 1994); besonders sind zu erwähnen:

- Verwendung einer operationalen Diagnostik. Dieses Konzept findet sich bereits seit längerem im DSM-System, wurde nun auch im ICD-10-System aufgenommen.
- Vergrößerung der Kategorienzahl.
- Verwendung des Begriffes «Störung» anstelle von «Krankheit».
- Versuch der Zusammenfassung von Störungen mit ähnlichem Erscheinungsbild (z. B. affektive Störungen enthalten die sog. endogenen und neurotischen Depressionen).
- Verzicht auf den Begriff Neurose als Klassifikationseinheit (der Begriff «neurotisch» wird aber vereinzelt weiter deskriptiv verwendet).
- Bereitstellung von Untersuchungsverfahren (s. Abschnitt 2.6).

Neben dem ICD-Ansatz finden wir weitere Klassifikationssysteme, die sich an ICD orientieren, aber auch andere Aspekte umfassen. Zu nennen ist der Ansatz für Kinder und Jugendliche, der weiter unten abgehandelt wird. Ein weiteres Beispiel stellt die vom Arbeitskreis OPD (1996) herausgegebene operationale psychodynamische Diagnostik (OPD), die tiefen-

psychologisch orientiert ist. Auf Achse 5 finden wir die ICD-Diagnosen, während die Achsen I–IV die Bereiche Krankheitserleben und Behandlungsvoraussetzungen, Beziehung, Konflikt, Struktur enthalten.

### 2.3 ICIDH – Klassifikationssystem der WHO für Schädigungen, Fähigkeitsstörungen und Beeinträchtigungen

Eine wichtige Ergänzung für ICD-10 bildet das von der WHO herausgegebene System *ICIDH International Classification of Impairments, Disabilities, and Handicaps (Internationale Klassifikation der Schädigungen, Fähigkeitsstörungen und Beeinträchtigungen)*; Matthesius, Jochheim, Barolin & Hein, 1995). Es handelt sich um ein internationales Klassifikationssystem der WHO, das aufgrund der Focussierung auf die Folgeerscheinungen von Krankheiten vor allem für rehabilitative Bemühungen konzipiert wurde. Es werden Schädigungen (z.B. Intellektuelle-, Sprach-, Ohr-, Skelettschädigungen), 9 Funktionsstörungen (z.B. Verhalten, Kommunikation, Geschicklichkeit) und 9 Beeinträchtigungen (z.B. Orientierung, Mobilität, Soziale Integration) als Klassifikationseinheiten vorgegeben, wobei jede Einheit wiederum bis zu dreistellige Unterkategorien, die mit Zahlen codiert sind, aufweist. Zur Zeit wird eine Revision von ICIDH in Hinblick auf ICD-10 unternommen, wobei auch die Überlappungen zwischen den beiden Systemen bei den psychischen Störungen besonders beachtet werden (Dilling & Siebel, 1995).

### 2.4 DSM – Klassifikationssystem der American Psychiatric Association (APA)

Von der American Psychiatric Association wird mit dem System DSM – *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* – ein Klassifikationssystem für die psychischen Störungen herausgegeben, das in Konkurrenz zu ICD steht (Originalversion auf englisch: American Psychiatric Association, 1994; deutschsprachi-

ge Version: American Psychiatric Association, 1996). Seit kurzem ist DSM-IV – die römischen Ziffern verweisen auf die Revisionszahl – gültig, das DSM-III-R (American Psychiatric Association, 1989) ablöste. DSM-IV ist aufgrund von umfangreichen Expertenberichten und Feldstudien konzipiert worden.

DSM-IV ist unterteilt in 17 Hauptgruppen (inkl. Hauptgruppe «Andere klinisch relevante Probleme»; s. Tab. 2), wobei jede Hauptgruppe weitere Einheiten (Störungen) beinhaltet. So finden wir z.B. in der Hauptgruppe der Angststörungen 12 verschiedene Formen (z.B. Panikstörung ohne Agoraphobie; weitere Beispiele sind in den Kapiteln Klassifikation und Diagnostik von Störungen von Funktionsmustern zu finden). Die einzelnen Einheiten sind in Form eines systematisierten kurzgefaßten *Lehrbuchtex*tes beschrieben, der in der Regel folgende Punkte umfaßt: diagnostische Merkmale (allgemeine Beschreibung des Störungsbildes), Subtypen und/oder Zusatzcodierungen, Codierungsregeln, zugehörige Merkmale und Störungen; besondere kulturelle-, Alters- und Geschlechtsmerkmale; Prävalenz; Verlauf; familiäre Verteilungsmuster; Differentialdiagnose (aber keine Angaben zur Behandlung). Die Störungen sind jeweils durch eine operationale Diagnostik definiert. Die Störungseinheiten werden in der englischsprachigen Version (American Psychiatric Association, 1994) mittels dem ICD-9-CM-Code und der Verbalumschreibung (z.B. «300.20 Specific Phobia»), in der deutschsprachigen Version (American Psychiatric Association, 1996) mittels ICD-9-CM-Code, ICD-10-Code und Verbalumschreibung (z.B. «300.29 (F40.2) Spezifische Phobie») genannt.

DSM-IV ist in folgenden in Tabelle 1 angeführten Punkten vergleichbar zu ICD-10 konzipiert: Ziel der Klassifikation, Klassenlogik, Klasseneigenschaften, Klassifikationseinheit, Klassifikationsbasis, Datenquelle, formale Genauigkeit. In folgenden Punkten haben wir Unterschiede zu ICD-10:

- *Geltungsbereich*: DSM-IV nur psychische Störungen; ICD-10: alle Krankheiten.
- *Gewinnung der Einheiten*: stärkere Orientierung an der empirischen Forschung (vgl. das Quellenmaterial in den Sourcebooks; Widinger et al., 1994, 1996).

- *Definition der Einheiten:* Bezüglich der Definitionen ist DSM-IV mit den ICD-10 Forschungskriterien vergleichbar, indem die operationale Diagnostik konsequent realisiert wird. ICD-10 berücksichtigt gegenüber DSM-IV weniger explizit, daß die Symptomatik zu Beeinträchtigungen in unterschiedlichen Funktionsbereichen führen muß.
- *Zuordnungsregeln:* aufgrund der operationalen Diagnostik haben wir explizite Zuordnungsregeln (bei ICD-10 zum Teil implizite, zum Teil explizite Zuordnungsregeln). Zusätzlich sind die *Entscheidungsbäume* zu nennen, die DSM-IV, aber nicht ICD-10 aufweist. Damit werden dem Untersucher für verschiedene Bereiche graphische Ablaufschemata vorgegeben, die Ein- und Ausschluß von Störungen erlauben (Bsp. s. Kap. 37.1/Angststörungen: Klassifikation und Diagnostik).

Weitere Unterschiede zwischen DSM-IV und ICD-10 sind:

- *Autorenschaft:* DSM-IV ist von einem einzigen Land (USA) konzipiert worden, ist aber international stark verbreitet; ICD-10 ist von der Weltgesundheitsorganisation WHO erarbeitet und verabschiedet worden.
- *Anzahl der Versionen:* DSM-IV umfaßt nur eine einzige Version, während ICD-10 mehrere Versionen beinhaltet (s. o.).
- *Darstellung:* DSM-IV ist in Form eines Lehrbuchtextes (s. oben) verfaßt, während ICD-10 nur allgemeine Beschreibungen beinhaltet.
- *Multiaxialität:* Während in ICD-10 eine multiaxiale Diagnostik in Vorbereitung ist, ist sie bei DSM-IV expliziter Bestandteil. Folgende Achsen werden in DSM-IV postuliert (Überblick über die Kategorien der Achsen I und II: s. Tab. 2):

*Achse I:* Klinische Störungen, andere klinisch relevante Probleme (Zustände, die nicht einer psychischen Störung zuzuschreiben sind, aber Anlaß zur Beobachtung oder Behandlung geben);

*Achse II:* Persönlichkeitsstörungen, geistige Behinderung (in der Kategorie Störungen, die gewöhnlich zuerst im Kleinkindalter, in der Kindheit oder Adoleszenz diagnostiziert werden);

*Achse III:* Medizinische Krankheitsfaktoren (somatische Krankheiten);

*Achse IV:* Psychosoziale und umgebungsbedingte Probleme (9 Hauptbereiche; z.B. Wohnungsprobleme oder wirtschaftliche Probleme); *Achse V:* Globale Erfassung des Funktionsniveaus (Skala mit 10 Abstufungen; Bezugszeitraum aktuelle Situation oder z.B. höchstes Niveau während mindestens zwei Monaten im vergangenen Jahr).

Die Achsen I, II, III beinhalten die offiziellen DSM-IV Diagnosen, während Achsen IV und V ergänzende Achsen bilden, die für spezielle klinische und Forschungszwecke Anwendung finden. Auf den Achsen I bis IV sind jeweils mehrfache Einstufungen möglich. Die Multiaxialität soll die Benutzer zu einer komplexen Diagnostik führen, bei der auch psychosoziale Aspekte mitberücksichtigt werden. Aus psychologischer Sicht erscheinen aber die Achsen IV und V zu global und einseitig zu sein, um die psychosozialen Bedingungen differenziert abzubilden. So sind z.B. Belastungsfaktoren ohne Bewältigungserfassung nur begrenzt aussagekräftig. Auch in der klinischen Anwendung wie bei Forschungsprojekten haben sich diese Achsen bisher nicht durchgesetzt.

- *Diagnosenunterschiede:* Detailunterschiede ergeben sich bei einzelnen Diagnosen, so daß identische Begriffe bei ICD-10 und DSM-IV nicht immer identische Konzepte beinhalten. Es ist daher präzise anzugeben, nach welchem System man diagnostiziert.

Trotz aller Unterschiede ist zwischen ICD-10 und DSM-IV eine deutliche Konvergenz zu beobachten. Die in Abschnitt 2.6 dargestellten Untersuchungsverfahren lassen zum Teil gleichzeitig ICD- und DSM-Diagnosen stellen, so daß ein Vergleich der Ergebnisse in den unterschiedlichen Systemen möglich wird.

## 2.5 Multiaxiales System für Kinder und Jugendliche

ICD-10 und DSM-IV beinhalten den Bereich der Kinder und Jugendlichen implizit (diverse Diagnosen sind nicht altersbegrenzt) und explizit (spezifische Diagnosen für Kinder und Jugendliche wie z.B. in ICD-10: F94.1 reaktive Bindungsstörung des Kindesalters); dennoch wurde von Kinderpsychiatern (Remschmidt & Schmidt,

1994) für diese Altersgruppe ein eigenes *multi-axiales Klassifikationsschema für psychische Störungen des Kindes- und Jugendalters nach ICD-10 der WHO* herausgegeben. Dieses Schema basiert im wesentlichen auf Vorarbeiten der Arbeitsgruppe des englischen Psychiaters Rutter, der das erste offizielle multi-axiale System in den siebziger Jahren entwickelt hatte. Das System beinhaltet folgende Achsen:

- *Achse I*: Klinisch-psychiatrisches Syndrom (ICD-10: F0-F6, F9).
- *Achse II*: Umschriebene Entwicklungsstörungen (ICD-10: F8).
- *Achse III*: Intelligenzniveau (Erweiterung von ICD-10: F7).
- *Achse IV*: Körperliche Symptomatik (alle möglichen ICD-10-Ziffern mit Ausnahme von Sektion V(F)).
- *Achse V*: assoziierte aktuelle abnorme psychosoziale Umstände (9 Bereiche mit jeweils Unterpunkten; strukturell, aber inhaltlich nicht vergleichbar mit Achse IV von DSM-IV; Bsp. Behinderung eines Elternteils; elterliche Überfürsorge).
- *Achse VI*: Globalbeurteilung der psychosozialen Anpassung (Skala analog zu Achse V in DSM-IV).

Tabelle 4: Überblick über wichtige internationale bzw. deutschsprachige Erhebungsinstrumente für ICD-10 und DSM-IV

	Verfahren	Diagnosensystem
<b>Gesamtbereich</b>		
– Checklisten	Internationale Diagnosen Checklisten für ICD-10 und DSM-IV (IDCL; Hiller et al., 1995) ICD-10 Symptom Checkliste für psychische Störungen (SCL; WHO, 1995) ICD-10 Merkmalsliste (ICDML; Dittmann et al., 1990)	ICD-10, DSM-IV ICD-10 ICD-10
– Strukturierte Interviews	Schedules for Clinical Assessment in Neuropsychiatry (SCAN; van Gúlick-Bailer et al., 1995)  Strukturiertes Klinisches Interview für DSM-IV Achse I: Psychische Störungen (SKID-I; Wittchen et al., 1997) Diagnostisches Interview bei psychischen Störungen (DIPS; Margraf et al., 1994) Diagnostisches Interview bei psychischen Störungen im Kinder- und Jugendalter (Kinder DIPS; Unnewehr et al., 1995)	ICD-10  DSM-IV DSM-III-R DSM-III-R, ICD-10
– Standardisierte Interviews	Composite International Diagnostic Interview (CIDI; Wittchen, Pfister & Garczynski, 1998)  Diagnostisches Beurteilungssystem psychischer Störungen (DIA-X) – DIA-X Interview (Wittchen & Pfister, 1997) – DIA-X Interview PC-Version (Wittchen, Weigel & Pfister, 1997)	DSM-IV  DSM-IV, ICD-10 DSM-IV, ICD-10
<b>Teilbereiche</b>		
<b>Persönlichkeitsstörungen</b>		
– Checklisten	Internationale Diagnosen Checkliste für Persönlichkeitsstörungen nach ICD-10 und DSM-IV (IDCL-P; Bronisch et al., 1995) Aachener Integrierte Merkmalsliste zur Erfassung von Persönlichkeitsstörungen (AMPS; Saß et al., 1995)	ICD-10, DSM-IV ICD-10, DSM-IV
– Strukturierte Interviews	Strukturiertes Klinisches Interview für DSM-IV Achse II: Persönlichkeitsstörungen (SKID-II; Fydrich et al., 1997)  International Personality Disorder Examination – ICD-10 Modul (IPDE; Mombour et al., 1996)	DSM-IV  ICD-10
<b>Demenzen</b>	Strukturiertes Interview für die Diagnose einer Demenz vom Alzheimer Typ, der Multiinfarkt- (oder vaskulären) Demenz und Demenzen anderer Ätiologie nach DSM-III-R, DSM-IV und ICD-10 (SIDAM; Zaudig et al., 1996)	ICD-10, DSM-III-R, DSM-IV

Das multiaxiale System für Kinder und Jugendliche berücksichtigt in Vergleich zu ICD-10 und DSM-IV am stärksten und detailliertesten die mit einer Störung zusammenhängenden psychischen Aspekte.

## 2.6 Untersuchungsverfahren

Ein zentrales Element bei der Weiterentwicklung der ICD- und DSM-Systeme bilden die Untersuchungsverfahren, die neben der operationalisierten Diagnostik zu einer weiteren Verbesserung der Reliabilität bei der Diagnosenstellung beitragen. Die neuesten Versionen der Klassifikationssysteme – ICD-10 und DSM-III-R/IV – sind eng mit diesen Verfahren verknüpft; daher werden sie im folgenden kursorisch vorgestellt (s. Tab. 4).

Je nach dem Grad der Formalisierung werden drei Verfahrensgruppen unterschieden: Checklisten, strukturierte Interviews, standardisierte Interviews.

*Checklisten* enthalten eine Zusammenstellung der relevanten Kriterien (meist in Symptomform), wobei die Informationsgewinnung offen ist und in Form eines freien Interviews erfolgt, d.h. es gibt keine Regeln für die Datengewinnung. Zusätzlich werden Entscheidungsbäume angegeben, mit deren Hilfe man Diagnosen stellen kann. Als Beispiel sei ein Item der *Internationalen Diagnosencheckliste IDCL* (Hiller, Zaudig & Mombour, 1995) genannt: «Depressive Episode: Verminderter Antrieb oder erhöhte Ermüdbarkeit: nein, Verdacht, ja».

Checklisten sind für die PraktikerInnen gedacht. Sie setzen neben klinischen Erfahrungen vor allem auch umfangreiche Kenntnisse des jeweiligen diagnostischen Systems voraus. Insbesondere das Problem der Beobachtungsvarianz bleibt bestehen und läßt sich nur durch umfangreiches Training reduzieren.

Bei *strukturierten Interviews* sind Ablauf, Inhalt und Formulierung der Fragen festgelegt, wodurch die Informationsvarianz reduziert wird. Ebenso ist die Auswertung im Hinblick auf die Diagnosen festgelegt, die oft computerisiert erfolgt. Im Unterschied zu den standardisierten Verfahren wird bei den strukturierten Interviews die Entscheidung, ob ein Symptom kriterienmäßig vorliegt, aufgrund des klinischen Urteils durch den/die UntersucherIn –

basierend auf der vorhandenen Information – gefällt. Daher ist das Problem der Beobachtungsvarianz nur zum Teil gelöst.

Bei den *standardisierten Verfahren* wird – zusätzlich zu den strukturierten Verfahren – explizit vorgegeben, wie die Antwort der PatientInnen zu bewerten ist. Mit Ausnahme der Befundinterpretation ist daher auch keine klinische Erfahrung notwendig. Durch die Festlegung der Fragen, der Informationsbewertung und der Auswertungsstrategien werden Informations-, Beobachtungs- und Kriterienvarianz reduziert, so daß diese Verfahren die höchste formale Genauigkeit aufweisen. In Kasten 1 finden wir ein Itembeispiel für ein derartiges Verfahren.

Für Forschungsprojekte werden heute strukturierte und standardisierte Verfahren eingesetzt; vielfach ermöglichen die Verfahren Diagnosen bezüglich ICD-10 und DSM-IV (polydiagnostisches Vorgehen, s.o.). Mit Ausnahme des Diagnostischen Interviews bei psychischen Störungen (DIPS; Margraf, Schneider & Ehlers, 1994) geben die Verfahren im Hinblick auf Therapie keine expliziten Hinweise. Insbesondere die strukturierten und die standardisierten Verfahren benötigen für die Anwendung eine Trainingsphase, die in der Regel – je nach Verfahren – 3 bis 6 Tage dauern. Diverse Verfahren beinhalten neben der/den aktuellen Diagnose/n auch sog. *Life-Time-Diagnosen*, d.h. Diagnosen, die im bisherigen Leben aufgetreten sind.

Für die künftige Entwicklung wären Verfahren von Interesse, die die vielschichtigen Informationen nicht nur bezüglich der Diagnosen, sondern auch der Syndrome auswerten (Kombination von kategorialer mit dimensionaler Diagnostik). Ansatzpunkte hierfür finden sich bei Verfahren zur Erfassung von Persönlichkeitsstörungen wie z.B. IPDE oder SKID-II (vgl. Tab. 4). Diese Verfahren führen zu Diagnosen und erlauben zusätzlich auch dimensionale Auswertungen. Diese weisen, wie verschiedene Studien zeigen, in der Regel höhere Interrater-Reliabilitäten auf als kategoriale Auswertungen.

## Kasten 1

Beispiel für ein standardisiertes Verfahren: DIA-X-Querschnitt (Wittchen & Pfister, 1997, S.9; computerisierte Version s. Wittchen, Weigel & Pfister, 1997).

Diagnostisches Expertensystem Interviewheft (Probanden) Version 1.1,5/96.

Sektion C: Somatoforme und dissoziative Störungen

Schlagen Sie bitte die Liste C1 auf. Hier sehen Sie eine Reihe von Beschwerden aufgelistet. Sind irgendwelche der dort angeführten Beschwerden *in den letzten 12 Monaten* bei Ihnen aufgetreten? Wenn ja, geben Sie mir bitte die Nummern an!

.....

C2 Hatten Sie schon einmal erhebliche Probleme mit *Rückenschmerzen*? PRB 1 2 3 4 5  
ONS 1 2 3 4 5 6  
Alter ONS -/-

DR ..... PB .....

.....

C5 Hatten Sie jemals Schmerzen im *Brustkorb*? PRB 1 2 3 4 5  
ONS 1 2 3 4 5 6  
Alter ONS -/-

DR ..... PB .....

.....

*Anmerkungen*

Das Verfahren beschränkt sich auf häufige Formen psychischer Störungen und setzt voraus, daß die befragte Person zumindest eine Stunde lang kommunikationsfähig ist. Listen, die den PatientInnen vorgelegt werden, gibt es nur bei einigen Sektionen.

Der/die InterviewerIn muß in einem ersten Schritt aufgrund der Antwort des Probanden/Patienten entscheiden, ob diese von Relevanz ist im Hinblick auf das Vorliegen einer psychiatrischen Diagnose. Die einzelnen Kodierungen unter «PRB» («Probe»: überprüfen) bedeuten dabei:

- 1: Symptom nicht vorhanden resp. Proband erinnert sich nicht daran
- 2: Symptom nur schwach ausgeprägt, keine professionelle Hilfe notwendig
- 3: Symptom immer auf Medikamente, Drogen, Alkohol zurückzuführen

4: Symptom immer auf körperliche Erkrankungen oder Verletzungen zurückzuführen  
5: möglicherweise psychiatrisch relevantes Symptom

Nur Kodierungen mit einer «5» gehen in die Diagnose ein. Bei strukturierten Verfahren müßte der Interviewer klinisch entscheiden, wie die Antwort des Patienten zu gewichten ist, da zwar auch Antwortkategorien vorgegeben sind, nicht jedoch explizite Kriterien, die erfüllt sein müssen, um sich für eine bestimmte Kategorie zu entscheiden.

In einer weiteren Frage («Wie alt waren Sie damals») wird festgestellt, wann das Symptom zum ersten Mal aufgetreten ist (Onset; ONS 1: innerhalb der letzten zwei Wochen, ...; 6: vor mehr als 12 Monaten; Alter ONS: Alter zu diesem Zeitpunkt).

DR: Angaben zu PRB beruhen auf Aussagen von Arzt/Ärztin; PB Angaben zu PRB 3,4 beruhen auf ProbandIn

## 2.7 Bewertung von Diagnosesystemen bei psychischen Störungen

Diagnosen als Klassifikationseinheiten sind mit unterschiedlichen Argumenten kritisiert worden:

(1) *Phänomenologische Kritik.* Diagnosen stellen Vergrößerungen dar, die der Individualität nicht gerecht werden. Dazu ist anzumerken, daß Forschung immer allgemeine Aussagen beinhaltet, die auf eine konkrete Person abgestimmt werden müssen. Die phänomenologische Kritik ist daher nur bei fehlender Abstimmung zutreffend; der Prozeß der Umsetzung von allgemeinen Aussagen auf die konkrete Person ist insbesondere in der Verhaltenstherapie breit thematisiert worden, während er sonst oft vernachlässigt wird.

(2) *Verhaltenstherapeutische Kritik.* Diagnosen ergeben keinen Behandlungsplan und sind daher für den Praxisbereich wenig aussagekräftig; diese Kritik wurde in den sechziger, siebziger Jahren vielfach vorgebracht und war häufig Bestandteil verhaltenstherapeutischer Positionen. Teilweise finden wir auch heute in der Verhaltenstherapie Kritik an den Diagnosen; die große Varianz in der Individualität und die Spezifität unterschiedlicher Problemfelder würden durch die Diagnosen zu wenig berücksichtigt, so daß der Zusammenhang von Diagnosen mit Interventionen grundsätzlich nur sehr vage sein könne (Eifert, Evans & McKendrick, 1990; Follette, 1996). Diese Position wird in der Verhaltenstherapie heute aber nur noch begrenzt vertreten, da zwischen Diagnosen (im Sinne von ICD oder DSM) und spezifischen Interventionen engere Zusammenhänge postuliert werden (z.B. Therapieprogramm für Panikstörungen; s. Kap. 22.4/Verhaltenstherapeutisch orientierte Psychotherapie).

(3) *Sozialpsychologische Kritik.* Diagnosen führen zur Stigmatisierung (Labeling Ansatz) und erschweren die Rehabilitation. Dieser Einwand ist aufgrund der Ätiologiekenntnisse heute nur begrenzt zutreffend, da vielfach Personen mit psychischen Störungen nicht aufgrund der Dia-

gnose, sondern der Störungs-Charakteristika bzw. dem Wissen um Hospitalisierung benachteiligt werden.

(4) *Methodische Kritik.* Diagnosen sind zu wenig reliabel und daher wenig brauchbar. Wie die neuere Forschung zeigt, sind die in Abschnitt 2.1 angeführten Varianzquellen, die die Reliabilität beeinträchtigt haben, durch die operationale Diagnostik und die standardisierten und strukturierten Untersuchungsverfahren deutlich reduziert worden. Die mangelnde Reliabilität der Diagnosen kann heute nicht mehr als Gegenargument gegen die ICD- und DSM-Systeme verwandt werden. Wichtig ist aber darauf hinzuweisen, daß die Reliabilität von Diagnosen notwendige, aber nicht hinreichende Bedingungen für die Gültigkeit von Diagnosen darstellen. Die Diagnose X kann zwar reliabel gestellt werden, ist evtl. aber keine sinnvolle, «valide» Störungseinheit (s. unten).

Die Reliabilität von Diagnosen läßt sich auf verschiedene Weise überprüfen:

- *Interraterreliabilität* als Übereinstimmung unterschiedlicher BeurteilerInnen. Meist wird dies mittels Videoaufnahmen geprüft, bei denen den BeurteilerInnen (RaterInnen) eine Videoaufnahme eines Experteninterviews vorgelegt wird und eine Diagnose erstellt werden muß (Überprüfung der Auswertungs- und Interpretationsobjektivität bzw. Überprüfung der Beobachtungs- und Kriterienvarianz). Für die Berechnung der Übereinstimmung stehen verschiedene Koeffizienten zur Verfügung. Vielfach wird der Kappa-Koeffizient verwendet, der die Randwahrscheinlichkeiten miteinbezieht. Vergleicht man die Datengewinnung durch zwei BeurteilerInnen, so haben wir die Durchführungsobjektivität, d.h. eine Kontrolle der Informations- und Situationsvarianz.

- *Stabilität* (Retestmethode): Übereinstimmung von BeurteilerInnen zwischen verschiedenen Zeitpunkten, doch müßten die Zeitabstände relativ kurz sein (max. 1 Tag), da sonst die Situationsvarianz miteinfließt.

(5) *Inhaltliche Kritik* («Validität»). Wenn von der Gültigkeit bzw. Validität von Diagnosen gesprochen wird, so ist vorweg darauf hinzuweisen, daß bei Diagnosen – im Gegensatz zu psychologischen Tests – die *Gültigkeit* nicht in Form

von Validitätskoeffizienten berechenbar ist. Diagnosen sind keine Tests; vielmehr stellen sie Sammlungen von Konstruktsystemen dar, die nur in einer umfassenden Theoriediskussion bewertet werden können. Eine bestimmte Diagnose X ist nur dann inhaltlich sinnvoll (d.h. gültig), wenn sich mit der Diagnose X bezüglich Syndromatik und/oder Verlauf und/oder Ätiologie und/oder Therapie präzise Aussagen verbinden. Daher kann man Diagnosen nicht als Gesamtes, sondern nur einzelne Diagnosen aufgrund der Forschung kritisieren bzw. relativieren. Diagnosensysteme beinhalten Konstrukte, die so lange ihre Gültigkeit behalten, bis sich konkurrierende Konstrukte als besser erweisen. Einige inhaltliche Argumente richten sich gegenüber die gesamten Diagnosensysteme ICD-10 oder DSM-IV, da sie für eine größere Zahl an Einzeldiagnosen als zutreffend angesehen werden:

- Diagnosen stellen oft Konventionen von Expertengremien dar, so daß das Ergebnis forschungsmäßig als fraglich anzusehen ist; Erkenntnisfortschritt ist in der Forschung nur begrenzt durch Konvention festzulegen. So haben z.B. die Expertengremien in ICD-9 Homosexualität als Störung klassifiziert, was in ICD-10 weggefallen ist.
  - Diagnosen homogenisieren, was evtl. heterogen ist. Gerade biologische Forschungsansätze haben teilweise die Diagnoseeinheiten kritisiert, da sie zu wenig biologische Mechanismen berücksichtigen und damit zu Unrecht heterogene Phänomene demselben Diagnosebegriff zuordnen.
  - Diagnosensysteme wie ICD und DSM haben teilweise einen sehr großen Auflösungsgrad bezüglich der Einheiten (z.B. eine Vielzahl an Klassifikationsbezeichnungen für depressive Störungen), wobei offen bleibt, ob tatsächlich Unterschiede vorhanden sind.
  - Der Zusammenhang zwischen Diagnosen und Intervention ist zu vage (s. Kritikpunkt 2). Die angeführten Kritikpunkte weisen auf wichtige inhaltliche Aspekte hin. Trotz aller inhaltlicher Kritik wurden aber bisher keine Klassifikationssysteme vorgelegt, die zumindest den Forschungssektor besser strukturieren als ICD-10 oder DSM-IV. Dies gilt auch für behaviorale Ansätze, die als Alternative vorgestellt worden sind (vgl. Follette, 1997).
- (6) *Persönlichkeitspsychologische Kritik.* Die heutigen Diagnosensysteme favorisieren den typologischen Ansatz unter Vernachlässigung der dimensionalen Konzepte, die sich in der Persönlichkeitsforschung gegenüber den typologischen Ansätzen als fruchtbarer erwiesen haben. So finden wir bei den Syndromskalen vielfach alte klassische Verfahren, neuere Entwicklungen sind auf diesem Sektor nur wenig zu sehen (vgl. z.B. Ansätze der Felddiagnostik; s. Kap. 7/Diagnostik). Für die Datengewinnung werden Kombinationen von Selbst- und Fremdbeurteilungen verwendet, ohne die unterschiedlichen Datenquellen präzise auseinanderzuhalten; ebenso spielen Verhaltensdaten – gewonnen durch systematische Verhaltensbeobachtung – nur eine geringe Rolle.
- (7) *Berufspolitische Kritik.* Diagnosen dienen der Umschreibung des Zuständigkeitsbereiches der Medizin und sind daher für die anderen Berufsgruppen problematisch. Dieser Kritikpunkt wurde von der Psychologie vorgebracht und ist dann zutreffend, wenn die Behandlung von psychischen Störungen vor allem ÄrztInnen zugewilligt wird und nicht oder nur eingeschränkt PsychologInnen (s. Kap. 19/Gesundheitsversorgung). Da in den deutschsprachigen Ländern die Tätigkeit der PsychologInnen berufsrechtlich und sozialrechtlich noch nicht befriedigend geregelt ist, ist dieser Kritikpunkt weiterhin von Bedeutung.
- Die angeführten Punkte weisen auf problematische Aspekte der Diagnosen hin, dürfen aber nicht so verabsolutiert werden, daß Diagnosen grundsätzlich abzulehnen wären. Einzelne Kritikpunkte sind aufgrund neuerer Forschungsergebnisse nur begrenzt zutreffend. Bezüglich ICD und DSM ist kritisch anzumerken, daß sich zur Zeit weiterhin zwei große Klassifikationssysteme gegenüberstehen, so daß für die Forschung keine Einheitlichkeit besteht. Vielfach ist die Forschung gezwungen, jeweils die Diagnosen von beiden Systemen zu verwenden, was letztlich für die Versuchsplanung und Befunddarstellung problematisch ist. Aufgrund der allgemein relativ großen Konvergenz beider Systeme bzw. der großen Übereinstimmung bei einzelnen Störungsgruppen ist dieser Kritikpunkt nur von begrenztem Gewicht.

### 3. Merkmalsklassifikationen

In der Persönlichkeitspsychologie wurde der typologische Ansatz, der der Personenklassifikation entspricht, durch den Eigenschaftsansatz abgelöst; damit wurde eine differenziertere Beschreibung der Personen möglich. Im klinischen Sektor dagegen werden beide Klassifikationsformen (Personen: Diagnosen, Merkmale: Symptome, Syndrome) nebeneinander zur Beschreibung von PatientInnen angewandt. Für den dimensionalen Ansatz werden normalpsychologische und klinische Systeme verwendet. Aus dem normalpsychologischen Bereich bieten sich die Vielzahl an Eigenschaftskonzepten der Persönlichkeitspsychologie an, um Merkmale zu klassifizieren und auf Grund dieser Merkmalsklassifikation Personen zu beschreiben. Die normalpsychologischen Systeme haben den Vorteil, daß sie im Normalbereich gut differenzieren; im klinischen Sektor ist dagegen die Differenzierungsmöglichkeit oft gering, so daß nur zwischen Normalbereich und Extrembereich (= klinischer Sektor) unterschieden werden kann. Eine Brückenfunktion zwischen Normalbereich und klinischem Sektor stellt das System von Eysenck dar, der mittels der Faktoren Extraversion, Neurotizismus und Psychotizismus eine Verbindung zwischen Normalbereich und den Neurosen und Psychosen suchte. Aus der Sicht der neueren Konzepte ICD-10 und DSM-IV, die den Unterschied zwischen Neurosen und Psychosen relativiert haben, ist aber dieser Ansatz kritisch zu bewerten.

Von größerem Interesse für den klinischen Sektor sind dagegen klinische Systeme, die meist klinische Gruppen gut differenzieren (z.B. AMDP-System; Haug & Stieglitz, 1996) und/oder Veränderungen abbilden lassen (z.B. Hamilton-Depressions-Skala; CIPS, 1996; s. auch Kap. 7/Diagnostik). Verschiedene Studien haben übereinstimmend zeigen können, daß Fremdbeurteilungsverfahren in der Regel besser zwischen (diagnostischen) Gruppen zu unterscheiden erlauben, änderungssensitiver sind und zudem auch bei schwerer beeinträchtigten Patienten einsetzbar sind als Selbstbeurteilungsverfahren (vgl. Stieglitz, 1998). Im deutschsprachigen Bereich wird – in Forschung wie in Praxis – als Fremdbeurteilungsverfahren am häufigsten das AMDP-System eingesetzt (AMDP, 1997; Haug & Stieglitz, 1996). Es er-

möglicht neben der Erfassung anamnestischer Informationen vor allem mit den 100 psychopathologischen und 40 somatischen Symptomen eine umfassende Dokumentation. Diese Symptome lassen sich in 9 sog. Primärskalen (z.B. depressives Syndrom, manisches Syndrom, paranoid-halluzinatorisches Syndrom) gruppieren (vgl. Baumann & Stieglitz, 1983). Mittels der Syndrome können Störungsgruppen beschrieben werden; ebenso können einzelne PatientInnen aufgrund von Normwerten beurteilt werden.

Während bei der Klassifikation von Personen bezüglich der Störungen eine Konvergenz auf zwei ähnliche Systeme zu beobachten ist (ICD-10 und DSM-IV), trifft dies weder für normalpsychologische, noch klinische Merkmalsklassifikationen zu. Normalpsychologisch findet man Bemühungen um eine Konvergenz im Konzept der «Big-five-Faktoren» von Costa und McCrea (vgl. Ozer & Reise, 1994; Butcher & Rouse, 1996). Einschränkend ist zu sagen, daß diese Bemühungen zum Teil strittig sind und letztlich nur einen Teil der Persönlichkeitspsychologie (faktorenanalytische Trait-Konzepte im Sinn von Cattell, Eysenck) umfassen.

Für die mit der Merkmalsklassifikation (Eigenschaftsansatz) zusammenhängenden Probleme sei auf Lehrbücher der Persönlichkeitspsychologie (Asendorpf, 1996; Pervin & John, 1997) und Kap. 7/Diagnostik verwiesen. Das vorliegende Kapitel hat aus technischen Gründen die Personenklassifikation in den Vordergrund gerückt; die Merkmalsklassifikation wird in den verschiedensten Kapiteln unter dem jeweiligen Abschnitt Diagnostik umfassend abgehandelt wird (s. Teil B: VI – VIII).

Abschließend sei darauf hingewiesen, daß sich Personen- und Merkmalsklassifikation nicht gegenseitig ausschließen, sondern ergänzen (s. o.). Als Beispiel sei der Fragebogen zur Depressionsdiagnostik nach DSM-IV angeführt (FDD-DSM-IV; Kühner, 1997), der eine deutschsprachige Adaptation des *Inventory to Diagnose Depression* (IDD) von Zimmerman darstellt, welches im anglo-amerikanischen Bereich umfangreich evaluiert worden ist. Es ermöglicht neben der Diagnose einer Major Depression nach DSM-IV zusätzlich eine Quantifizierung des Schweregrades des depressiven Syndroms. Vergleichbare Ansätze sollten verstärkt entwickelt

werden, da für eine komplexe Betrachtung psychischer Störungen beide Klassifikationsansätze – Personen und Merkmale – unerlässlich sind.

## 4. Literatur

- AMDP (1997). *Das AMDP-System. Manual zur Dokumentation psychiatrischer Befunde* (6. unveränderte Auflage). Göttingen: Hogrefe.
- Amelang, M. & Bartussek, D. (1997). *Differentielle Psychologie und Persönlichkeitsforschung* (4. Aufl.). Stuttgart: Kohlhammer.
- American Psychiatric Association (1989). *Diagnostisches und statistisches Manual psychischer Störungen – DSM-III-R* (Deutsche Bearbeitung und Einleitung; Wittchen, H. U., Saß, H., Zaudig, M., Koehler, K.). Weinheim: Beltz.
- American Psychiatric Association (1994). *Diagnostic and statistical manual for mental disorders – DSM-IV* (4<sup>th</sup> ed.). Washington: American Psychiatric Association.
- American Psychiatric Association. (1996). *Diagnostisches und statistisches Manual psychischer Störungen – DSM-IV* (Deutsche Bearbeitung und Einleitung; Saß, H., Wittchen, H. U., Zaudig, M.). Göttingen: Hogrefe.
- Asendorpf, J. B. (1996). *Psychologie der Persönlichkeit*. Berlin: Springer.
- Baumann, U. & Stieglitz, R.-D. (1983). *Testmanual zum AMDP-System*. Berlin: Springer.
- Berner, P., Gabriel, E., Katschnig, H., Kieffer, W., Koehler, K., Lenz, G. & Simhandl, Ch. (1983). *Diagnosekriterien für Schizophrene und Affektive Psychosen*. Wien: Weltverband für Psychiatrie.
- Bronisch, Th., Hiller, W., Mombour, W. & Zaudig, M. (1995). *Internationale Diagnosen Checkliste für Persönlichkeitsstörungen nach ICD-10 und DSM-IV*. Bern: Huber.
- Butcher, J.N. & Rouse, S.V. (1996). Personality: individual differences and clinical assessment. *Annual Review of Psychology*, 47, 87–111.
- Cantor, N., Smith, E.E., French, R. & Mezzich, J. (1980). Psychiatric diagnosis as prototype categorization. *Journal of Abnormal Psychology* 89, 181–193.
- CIPS (1996). *Internationale Skalen für Psychiatrie* (4. Auflage). Göttingen: Beltz.
- Degkwitz, R., Helmchen, H., Kockott, G. & Mombour, W. (Hrsg.). (1980). *Diagnoseschlüssel und Glossar psychiatrischer Krankheiten* (Deutsche Ausgabe der internationalen Klassifikation der Krankheiten der WHO ICD. 9. Revision, Kapitel V). Berlin: Springer.
- Dilling, H., Mombour, W. & Schmidt, M.H. (1993). *Internationale Klassifikation psychischer Störungen. ICD-10 Kapitel V (F). Klinisch-diagnostische Leitlinien* (2. Auflage). Bern: Huber.
- Dilling, H., Mombour, W., Schmidt, M.H. & Schulte-Markwort, E. (1994). *Internationale Klassifikation psychischer Störungen. ICD-10 Kapitel V (F). Forschungskriterien*. Bern: Huber.
- Dilling, H., Schulte-Markwort & Freyberger, H.J. (Hrsg.) (1994). *Von der ICD-9 zur ICD-10. Neue Ansätze der Diagnostik psychischer Störungen in der Psychiatrie, Psychosomatik und Kinder- und Jugendpsychiatrie*. Bern: Huber.
- Dilling, H. & Siebel, U. (1995). Kommentierung der ICD-10 aus psychiatrisch-rehabilitativer Sicht. In R. G. Matthesius, K. A. Jochheim, G. S. Barolin. & Ch. Hein (Hrsg.), *ICIDH - International classification of impairments, disabilities, and handicaps* (S. 143–152). Berlin: Ullstein Mosby.
- DIMDI (1994a). *ICD-10. Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme. 10. Revision. Band I Systematisches Verzeichnis*. München: Urban & Schwarzenberg.
- DIMDI (1994b). *ICD-10. Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme. 10. Revision. Band II Regelwerk*. München: Urban & Schwarzenberg.
- Dittmann, V., Freyberger, H.J., Stieglitz, R.-D. & Zaudig, M. (1990). ICD-10-Merkmalisliste. In V. Dittmann, H. Dilling & H.J. Freyberger (Hrsg.), *Psychiatrische Diagnostik nach ICD-10 - klinische Erfahrungen bei der Anwendung* (S. 185–216). Bern: Huber.
- Eifert, G.H., Evans, I.M. & McKendrick, V.G. (1990). Matching treatments to client problems not diagnostic labels: a case for paradigmatic behavior therapy. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 21, 163–172.
- Follette, W.C. (Ed.). (1996). Development of theoretically coherent alternatives to the DSM-IV (Special section). *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64 (6).
- Frances, A., Widiger, T. & Fyer, M.R. (1990). The influence of classification methods on comorbidity. In J.D. Maser & C.R. Cloninger (eds.), *Comorbidity of mood and anxiety disorders* (pp. 41–59). Washington: American Psychiatric Association.
- Freyberger, H.J., Schulte-Markwort, E. & Dilling, H. (1993a). Referenztabellen der WHO zum Kapitel V (F) der 10. Revision der Internationalen Klassifikation der Krankheiten (ICD-10): ICD-9 vs. ICD-10. *Fortschritte der Neurologie und Psychiatrie*, 61, 109–127.
- Freyberger, H.J., Schulte-Markwort, E. & Dilling, H. (1993b). Referenztabellen der WHO zum Kapitel V (F) der 10. Revision der Internationalen Klassifikation der Krankheiten (ICD-10): ICD-10 vs. ICD-9. *Fortschritte der Neurologie und Psychiatrie*, 61, 128–143.
- Freyberger, H.J. & Dilling, H. (Hrsg.) (1995). *Fallbuch Psychiatrie. Kasustiken zum Kapitel V (F) der ICD-10* (2. Aufl.). Bern: Huber.
- Freyberger ; H.J. Siebel, U., Mombour, W. & Dilling, H. (Hrsg.) (1998). *Lexikon psychopathologischer Grundbegriffe. Ein Glossar zum Kapitel V (F) der ICD-10*. Bern: Huber.
- Freyberger, H.J., Stieglitz, R.-D. & Dilling, H. (1996). ICD-10 field trial of the Diagnostic Criteria for Research in German-speaking countries. *Psychopathology*, 29, 258–314.
- Fydrich, Th., Renneberg, B., Schmitz, B. & Wittchen, H.-U. (1997). *Strukturiertes Klinisches Interview für DSM-IV. Achse II: Persönlichkeitsstörungen*. Göttingen: Hogrefe.
- Gülick-Bailer, M., Maurer, K. & Häfner, H. (1995). *Schedules for Clinical Assessment in Neuropsychiatry (SCAN)*. Bern: Huber.
- Haug, H.-J. & Stieglitz, R.-D. (Hrsg.) (1996). *Das AMDP-System in der klinischen Anwendung und Forschung*. Göttingen: Hogrefe.
- Hiller, W., Zaudig, M. & Mombour, W. (1995). *IDCL – Internationale Diagnosen Checklisten für ICD-10 und DSM-IV*. Bern: Huber.

- Kline, P. (1994). *An easy guide to factor analysis*. London: Routledge.
- Kühner, Ch. (1997). *Fragebogen zur Depressionsdiagnostik nach DSM-IV (FDD-DSM-IV)*. Göttingen: Hogrefe.
- Malchow, C., Kanitz, R.-D. & Dilling, H. (1995). *ICD-10 Computer-Tutorial: Psychische Störungen*. Bern: Huber.
- Margraf, J., Schneider, S. & Ehlers, A. (1994). *Diagnostisches Interview bei psychischen Störungen (DIPS)*. Berlin: Springer.
- Matthesius, R. G., Jochheim, K. A., Barolin, G. S. & Hein, Ch. (Hrsg.). (1995). *ICIDH – International Classification of Impairments, Disabilities, and Handicaps* (Teil 1: Die ICIDH - Bedeutung und Perspektiven; Teil 2: Internationale Klassifikation der Schädigungen, Fähigkeitsstörungen und Beeinträchtigungen – Handbuch). Berlin: Ullstein Mosby.
- Mombour, W., Zaudig, M., Berger, P., Gutierrez, K., Berner, W., Berger, K., Cranach, M. von, Giglhuber, O. & Bose, M. von (1996). *International Personality Disorder Examination (IPDE)*. Bern: Huber.
- Müßigbrodt, H., Kleinschmidt, S., Schürmann, A., Freyberger, H.J. & Dilling, H. (1996). *Psychische Störungen in der Praxis. Leitfaden zur Diagnostik und Therapie in der Primärversorgung nach dem Kapitel V (F) der ICD-10*. Bern: Huber.
- OPD (Hrsg.) (1996). *Operationalisierte psychodynamische Diagnostik (OPD)*. Bern: Huber.
- Ozer, D.J. & Reise, S.P. (1994). Personality assessment. *Annual Review of Psychology*, 45, 357–388.
- Pervin, L. A. & John, O.P. (1997). *Personality* (7<sup>th</sup> ed.). New York: Wiley.
- Philipp, M. (1994). Vor- und Nachteile des polydiagnostischen Ansatzes. In H. Dilling, E. Schulte-Markwort, & H.J. Freyberger (Hrsg.), *Von der ICD-9 zur ICD-10* (S. 59–63). Bern: Huber.
- Remschmidt, H. & Schmidt, M. (Hrsg.). (1994). *Multi-axiales Klassifikationsschema für psychiatrische Erkrankungen im Kindes- und Jugendalter nach ICD-10 der WHO* (3. Aufl.). Bern: Huber.
- Robins, L. N. & Barrett, J. E. (Eds.). (1989). *The validity of psychiatric diagnosis*. New York: Plenum.
- Saß, H., Steinmeyer, E.M., Ebel, H. & Herpertz, S. (1995). Untersuchungen zur Kategorisierung und Dimensionierung von Persönlichkeitsstörungen. *Zeitschrift für Klinische Psychologie*, 24, 239 – 251.
- Siebel, U., Michels, R., Hoff, P., Schaub, R. T., Droste, R., Freyberger, H.J. & Dilling, (1997). Multiaxiales System des Kapitels V (F) der ICD-10. *Nervenarzt*, 68, 231–238.
- Stieglitz, R.-D. Aktueller Stand der syndromalen Diagnostik depressiver Störungen (1998). In R.-D. Stieglitz, E. Fähndrich & H.-J. Möller (Hrsg.), *Syndromale Diagnostik psychischer Störungen* (S. 115–128). Göttingen: Hogrefe.
- Stieglitz, R.-D. & Freyberger, H.J. (1996). Klassifikation und diagnostischer Prozeß. In H.J. Freyberger & R.-D. Stieglitz (Hrsg.), *Kompendium der Psychiatrie und Psychotherapie* (S. 24–45). Basel: Karger.
- Unnewehr, S., Schneider, S. & Margraf, J. (1995). *Diagnostisches Interview bei psychischen Störungen im Kindes- und Jugendalter*. Berlin: Springer.
- WHO (1995). *ICD-10 Symptom Checkliste für psychische Störungen (SCL)*. Bern: Huber.
- Widinger, Th. A., Frances, A.J., Pincus, H. A., First, M. B., Ross, R. & Davis, W. (Eds.). (1994). *DSM-IV Sourcebook* (Vol. 1). Washington: American Psychiatric Association.
- Widinger, Th. A., Frances, A.J., Pincus, H. A., First, M. B., Ross, R. & Davis, W. (Eds.). (1996). *DSM-IV Sourcebook* (Vol. 2). Washington: American Psychiatric Association.
- Wittchen, H.-U. & Pfister, H. (1997). *DIA-X Interviews*. Frankfurt/Main: Swets & Zeitlinger.
- Wittchen, H.-U., Pfister & Garczynski, *Composite International Diagnostic Interview (CIDI)*. Göttingen: Hogrefe.
- Wittchen, H.-U., Weigel, A. & Pfister, H. (1997). *Computergestütztes klinisches differentialdiagnostisches Expertensystem (DIA-CDE)*. Frankfurt/Main: Swets & Zeitlinger.
- Wittchen, H.-U., Wunderlich, U., Gruschwitz, S. & Zaudig, M. (1997). *SKID-I. Strukturiertes Klinisches Interview für DSM-IV. Achse I: Psychische Störungen*. Göttingen: Hogrefe.
- Zaudig, M. & Hiller, W. (1996). *Strukturiertes Interview für die Diagnose einer Demenz vom Alzheimer Typ, der Multiinfarkt- (oder vaskulären) Demenz und Demenzen anderer Ätiologie nach DSM-III-R, DSM-IV und ICD-10 (SIDAM)*. Bern: Huber.