

WANDEL DER PSYCHIATRISCHEN NOSOLOGIE VON 1950 BIS HEUTE

(ICD-6 bis ICD-10)

Abhandlung
zur Erlangung der Doktorwürde
der Philosophischen Fakultät
Universität Zürich

vorgelegt von

Heidi Zogg

von Grabs / St. Gallen

Angenommen im Wintersemester 2005/06
auf Antrag von

Frau Professor Dr. phil. Brigitte Boothe

und

Herrn Dr. phil. Hans-Martin Zöllner

(Zürich, 2007)

INHALTSVERZEICHNIS

1	EINLEITUNG	
2	BEDEUTUNG VON DIAGNOSEN	
2.1	Bedeutung von Diagnosen in der Gesellschaft	
2.1.1	Bedeutung von Diagnosen im Gesundheitssystem.....	10
2.1.2	Stigmatisierung von Betroffenen durch Diagnosen.....	11
2.1.3	Gesellschaftliche Einflüsse auf Diagnosenkonzepte.....	12
2.2	Die Bedeutung von Diagnosen für die Betroffenen	
2.2.1	Nutzen und Vorteile.....	16
2.2.2	Gefahren und Mängel.....	16
2.3	Bedeutung von Diagnosen für die Forschung und Wissenschaft	
2.3.1	Nutzen und Vorteile.....	19
2.3.2	Gefahren und Mängel.....	21
2.4	Bedeutung von Diagnosen für die klinische Praxis	
2.4.1	Nutzen und Vorteile.....	23
2.4.2	Gefahren und Mängel.....	23
2.4.3	Operationalisierte Diagnostik in der modernen Psychiatrie.....	28
2.4.4	Nutzen und Vorteile von operationalen Diagnosen.....	29
2.4.5	Gefahren und Mängel	31
3	HISTORISCHE PSYCHIATRISCHE MODELLE	
3.1	Bedeutung der psychiatrischen Nosologie.....	36
3.2	Psychiatrische Modelle vor der Vereinheitlichung	
3.2.1	Altertum.....	37
3.2.2	Mittelalter.....	38
3.2.3	18. Jahrhundert.....	38
3.2.4	19. Jahrhundert.....	40
3.2.5	Erste Hälfte des 20. Jahrhunderts.....	47
3.3	Einteilungskriterien	

3.3.1	Nosologische versus syndromatische Modelle.....	51
3.3.2	Aufgesplittete versus vereinheitlichte Modelle.....	52
3.3.3	Kategoriale versus dimensionale Modelle.....	53
3.3.4	Typologische versus operationale Modelle.....	54
3.3.5	Hierarchische versus mehrdimensionale Modelle.....	55

4 INTERNATIONALE KLASSIFIKATIONEN

4.1	Bedeutung der statistischen Klassifikation.....	57
4.2	Entwicklung der internationalen statistischen Klassifikation	59
4.3	Revisionen der internationalen statistischen Klassifikation der WHO.....	62
4.3.1	Sechste Revision ICD-6.....	64
4.3.1.1	Entwicklung und Anerkennung.....	64
4.3.1.2	Diagnostische Kategorien.....	65
4.3.2	Siebte Revision ICD-7	
4.3.2.1	Entwicklung und Anerkennung.....	68
4.3.2.2	Diagnostische Kategorien.....	68
4.3.3	Achte Revision ICD-8	
4.3.3.1	Entwicklung und Anerkennung.....	68
4.3.3.2	Diagnostische Kategorien.....	69
4.3.4	Neunte Revision ICD-9	
4.3.4.1	Entwicklung und Anerkennung.....	73
4.3.4.2	Diagnostische Kategorien.....	74
4.3.5	Zehnte Revision ICD-10	
4.3.5.1	Entwicklung und Anerkennung.....	77
4.3.5.2	Diagnostische Kategorien.....	81
4.4	Mögliche Gründe für das Aufgeben und die Neudefinition von Diagnosen.....	90
4.5	Das Amerikanische Diagnostische Statistische Manual Psychischer Störungen (DSM) der Amerikanischen Psychiatrischen Vereinigung (APA)	

4.5.1	Entstehungsgeschichte und Werdegang des DSM.....	91
4.5.2	Wechselbeziehung ICD und DSM.....	94
5	VERSTEHENDE DIAGNOSTIK	
5.1	Akzeptanz des operationalen Diagnosesystems ICD-10.....	100
5.2	Psychodynamische Diagnostik	
5.2.1	Psychodynamische Klassifikation und Kernprinzipien.....	103
5.2.2	Psychodynamische diagnostische Verfahren und Instrumente.....	105
6	SCHLUSSFOLGERUNGEN	
7	QUELLENVERZEICHNIS	
8	APPENDIX	
8.1	Grundformen psychischer Erkrankungen nach Bleuler	
8.2	Tabelle I: Psychotische Störungen	
8.3	Tabelle II: Neurotische Störungen und Persönlichkeitsstörungen	
8.4	Biographie	

DANKSAGUNGEN

Mein grösster Dank gilt Herrn Dr. Hans-Martin Zöllner, der mir vor 4 Jahren als Leiter meines Psychologiepraktikums den Anstoss für diese Arbeit gegeben hat. Durch ihn hatte ich erst den Mut, diese Arbeit in Angriff zu nehmen. Die regelmässigen Besprechungen mit ihm haben mich immer wieder in die richtige Richtung gewiesen. Sein unermüdlicher Beistand im Hintergrund gab mir den nötigen Durchhaltewillen, das oft schwierige Gebiet - nebst dem anstrengenden Beruf als selbständige Psychotherapeutin - durchzuarbeiten.

Zu grossem Dank verpflichtet fühle ich mich auch gegenüber Frau Prof. Brigitte Boothe. An der Vorstellung meines Exposé am Forschungskolloquium der Klinischen Psychologie I bereicherte sie meine Arbeit mit vielen wertvollen Hinweisen und gab den Weg frei für eine delegierte Dissertation bei Herrn Dr. Zöllner.

Dankbar bin ich den Herren Professoren Angst, Kind und Ernst, die ich während meiner Arbeit persönlich besuchen durfte. Ihre wertvollen Schilderungen über die Diagnostik vergangener Zeiten haben meine Arbeit bereichert.

Frau dipl. psych. Brigitt Staub und den Herren Dr. med. Markus Brüderlin und Dr. med. Tim Klose danke ich bestens für die Durchsicht meiner Schlussversion und deren wertvollen Hinweise in Bezug auf Formulierungen. Von ganz grossen Wert war das Korrekturlesen und die orthographische Anpassung meiner Arbeit durch Frau dipl. psych. Brigitt Staub.

Unentbehrlich war für mich die technische und informatische Hilfestellung durch Herrn Urs Schmid beim Verfassen der Dissertation am Computer. Bei der Erstellung der Tabellen im Anhang durfte ich die wertvolle Unterstützung von Frau Marilo Agudo in Anspruch nehmen. Herr Markus Steiner erstellte mir dankenswerterweise die CD-ROM.

Meiner lieben Mutter danke ich von ganzem Herzen für ihre tatkräftige Unterstützung und den unermüdlichen motivationalen Beistand. Sie entlastete mich von der Verrichtung notwendiger Alltagsarbeiten, sodass die Arbeit in einer nützlichen Frist beendet werden konnte.

DIAGNOSEN

sind Konstrukte

sind Hilfsmittel und Modelle

um die Phänomene zu beschreiben und zu erklären

geben uns ein Gefühl des Verstehens

sind niemals identisch mit der atemberaubenden Welt

sind niemals wahr, aber oft brauchbar

die entscheidende Frage lautet: wozu?

Heidi Zogg, 2005

1 EINLEITUNG

Die Klassifikation psychischer Störungen hat in den vergangenen Jahren im klinischen wie im wissenschaftlichen Bereich wieder an Bedeutung gewonnen, nachdem sie bis in die 80er Jahre des 20. Jahrhunderts hinein erheblich kritisiert worden war [Dilling, 1998]. Die wichtigsten Vorbehalte gegenüber Klassifikationen bezogen sich einerseits auf die möglichen sozialen Konsequenzen psychiatrischer Diagnosen für die Patienten [Sass, 1987]. Andererseits wurde die unzureichende Bedeutung der Klassifikation für die Indikation und Durchführung von Therapien kritisiert [Helmchen, 1991]. Unter der Propagierung eines prinzipiell instrumentellen und operationalen Charakters moderner Diagnosesysteme schien bis heute vielen Psychopathologen verschiedener Schulen die Suche nach Erkenntnis im Sinne von Wahrheit in den Hintergrund getreten zu sein [Landis, 2001]. Dabei kann gerade anhand der psychiatrischen Diagnosen gezeigt werden, dass ernst genommenes Diagnostizieren durchaus ein Erkennen von Wahrheit meint [Scharfetter, 1996]. Vor diesem Hintergrund wurden erhebliche Anstrengungen unternommen, die Klassifikationsansätze zu verbessern und dadurch zu einer höheren Akzeptanz der Klassifikationssysteme zu gelangen.

Die Entwicklung psychiatrischer Diagnosesysteme hat eine grosse historische Tradition [Hoff, 1992]. Die im Laufe des 19. und auch noch in der ersten Hälfte des 20. Jahrhunderts entstandenen Klassifikationen abweichenden Verhaltens waren jedoch uneinheitlich – ein Problem, das die Kommunikation zwischen den Fachleuten erheblich behinderte [Davison et al., 1996]. Seit Mitte des 20. Jahrhunderts besteht die Tendenz zur internationalen Vereinheitlichung mit weltweit verbindlichen statistischen Klassifikationssystemen. Die Komplexität der psychiatrischen Erkrankungen und Therapien sowie die Entwicklungsgeschwindigkeit im Forschungsfach Psychiatrie machen laufende Revisionen dieser Klassifikationssysteme notwendig [Sass, 1987].

Die Revisionen der Klassifikationssysteme beschäftigten sich immer wieder mit Fragen nach der nosologischen Einordnung psychischer Symptome und Syndrome. Konzepte, die vor wenigen Jahren noch gültig waren, sind heute durch neue Erfahrungen und Entdeckungen überholt [Davison et al., 1996]. Viele der hergebrachten Begriffe und Einteilungen lassen sich nicht mehr mit der einst erstrebten Eindeutigkeit aufrechterhalten. Scheinbar distinkte

Krankheitsbilder weisen Überschneidungen auf, und zwischen Normalverhalten und psychiatrischen Krankheiten kennt man fließende Übergänge [Stieglitz et al., 1999].

Ein Problem des aktuellen operationalen Klassifikationssystems ICD-10 der WHO liegt im radikalen Bruch mit den in langer Tradition gewachsenen Krankheitslehren [Landis, 2001]. In den verschiedenen Nosologiesystemen der Vergangenheit haben sich wertvolle Erfahrungen und Bemühungen vieler Psychopathologengenerationen um eine angemessene Einordnung niedergeschlagen. Die Relativierung des Psychosebegriffs, der Verzicht auf die Konzeption einer endogenen Depression, die weitgehende Aufgabe der Neurosenlehre oder die gänzlich neue Gruppierung der Angstsyndrome sind Beispiele für eine Abkehr von bisherigen Sichtweisen, die zu einer Verschüttung überlieferten klinischen Wissens und der darauf gegründeten therapeutischen Erfahrungen führen kann [Kind et al., 2002]. Für jüngere Psychopathologen, die sich in ihrer Ausbildung auf die ICD-10 stützen, können klassische Autoren und Konzepte allein schon wegen klassifikatorischer und terminologischer Differenzen unzugänglich sein.

Die hauptsächliche Aufgabe eines psychopathologisch Tätigen in der heutigen psychiatrischen Institution liegt in diagnostischen Abklärungen mittels psychiatrischer Exploration [Kind et al., 2002]. Dabei ist nicht nur die Beschäftigung mit den aktuellen Diagnosesystemen, sondern auch die Beschäftigung mit der nosologischen Entwicklungsgeschichte von grosser Relevanz. Das Studium der historischen Nosologie fördert das Verständnis für die aktuelle Einteilung der Diagnosen sowie den kritischen Umgang mit aktuellen diagnostischen Konzepten. Im Unterschied zu vielen Bereichen der somatischen Medizin - die naturwissenschaftlich fundiert und festgeschrieben sind - beruht psychiatrische Diagnostik weitgehend auf Konventionen, die sich im Laufe der Zeit wieder ändern können. Dies erfordert besonders vom Psychopathologen eine stetige wache Reflexion.

Ziel meiner Arbeit ist es, nosologische Entwicklungslinien aufzuzeigen sowie die kritische Reflexion der Bedeutung von Konzepten und des diagnostischen Prozesses zu fördern. Die vorliegende Arbeit erhebt in keiner Weise den Anspruch auf Vollständigkeit.

Im Einführungskapitel wird die allgemeine Bedeutung von Diagnosen beleuchtet. Im Hauptteil werden anschliessend zunächst historische und moderne psychiatrische diagnostische Modelle mit ihren Einteilungskriterien vorgestellt. Danach werden die Entwicklungslinien der

6. bis 10. Revision des aktuell in Europa gültigen psychiatrischen Diagnosesystems (Internationale Statistische Klassifikation für Todesursachen, Verletzungen und Krankheiten, ICD-6 bis ICD-10, Kapitel V-F Psychische Störungen) dargestellt. Im Besonderen werden die nosologischen Veränderungen bei den ehemals neurotisch und psychotisch genannten Störungen beschrieben. Die Arbeit schliesst mit einer Diskussion zum Neben- und Miteinander verschiedener Modelle ab.

Zur Geschlechtsform

Im vorliegenden Text sind auch dort, wo aus Gründen der besseren Lesbarkeit nur eine Geschlechtsform verwendet wird, immer Personen beider Geschlechts gemeint.

2 BEDEUTUNG VON PSYCHIATRISCHEN DIAGNOSEN

2.1 Bedeutung von psychiatrischen Diagnosen für die Gesellschaft

2.1.1 Bedeutung von Diagnosen für das Gesundheitswesen

In der Psychopathologie kennen wir kein einziges singuläres Symptom, das nicht auch beim Gesunden vorkommen könnte [Scharfetter, 1996]. Das *Kontinuitätsmodell* [Davison et al., 1996] mit *fließenden* Übergängen zwischen gesundem und krankem Verhalten berücksichtigt subjektive Kriterien. Psychopathologische Symptome haben erst im Zusammenhang mit einer bestimmten Lebenssituation, in einer bestimmten Häufigkeit, Dichte und Intensität Krankheitswert. Wo die individuelle Grenze liegt, bestimmt der Betroffene durch seinen Leidensdruck und seinen Gang zum Arzt bis zu einem gewissen Grade selber [Haug, 2001]. Das Begriffspaar gesund/krank konzipiert im klinischen Bereich einen pragmatischen Bezugspunkt für ein bestimmtes Handeln [Scharfetter, 1996].

Leistungserbringer wie Krankenkassen und Versicherungen oder die Rechtssprechung benötigen jedoch im Gegensatz zum obgenannten Kontinuitätsmodell, welches subjektive Kriterien berücksichtigt, ein *kategoriales Modell* von psychischer Krankheit [Dilling, 1998]. Im *Gesundheitswesen* berechtigt das Vorliegen und die Anerkennung einer bestimmten Diagnose einen Menschen, die Patientenrolle einzunehmen. Dies schliesst den Anspruch auf Freistellung von Leistungen und Verpflichtungen sowie Schonung, Zuwendung, Pflege und Therapie mit ein. In diesen Bereichen muss deshalb aufgrund objektiver operationaler Kriterien eindeutig entschieden werden, ob eine Krankheit vorliegt oder nicht.

Vor *Gericht* ist die Zielsetzung primär keine medizinisch-therapeutische. Im Strafrecht kann das Vorliegen einer psychiatrischen Diagnose verminderte oder aufgehobene Zurechnungsfähigkeit, Verantwortlichkeit oder Straf- und Hafterstehungsfähigkeit bedeuten [Dittmann, 1996]. Danach richten sich „Massnahmen“ wie Bevormundung, Hospitalisation oder Behandlung. Im Zivilrecht geht es um die Beurteilung der sozialen Kompetenz, Berufstätigkeit, Mündigkeit, Geschäftsfähigkeit und das Vermögen, „seine Angelegenheiten zu besorgen“ [Weimar, 2000]. *Versicherungsrechtliche Fragen* beziehen sich auf Invalidität oder Rentenbedürftigkeit.

2.1.2 Stigmatisierung von Betroffenen durch Diagnosen

Die wichtigsten Vorbehalte gegenüber Klassifikationen bezogen und beziehen sich unter anderem auf mögliche *sozialn Konsequenzen* psychiatrischer Diagnosen für die Betroffenen [Sass, 1987]. Psychische Krankheiten waren immer schon - soweit sie keine klare körperliche Grundlage hatten - *zweitrangige Krankheiten* [Hell, 2003]. Bereits 1950 forderte die Weltgesundheitsorganisation (im Nachfolgenden WHO genannt) die Gleichstellung körperlich und seelisch Kranker in rechtlicher, finanzieller und sozialer Hinsicht [Dilling, 1994]. Die prinzipielle Ablehnung psychisch Kranker durch die Allgemeinbevölkerung lag beispielsweise im Jahr 1984 bei 20-30% [Haug, 2001], was erhebliche Auswirkungen auf die Wahrnehmung, Anerkennung und Bewältigung psychischer Krankheiten hatte. Dies kann sich beispielsweise in den weit verbreiteten *Somatisierungstendenzen* zeigen [Hell, 1992]. Wo eine psychische Krankheit nicht verdrängt werden kann, bleibt oft nur die Alternative, wenigstens eine „ehrbare“ somatische Krankheit zu haben. Die Angst vor *Stigmatisierungs-* und *Labelingeffekten* durch die „Psychiatisierung“ von psychischem Leiden können indirekt auch den Zugang zu den benötigten professionellen Hilfestellungen begrenzen [Hell, 2002]. Menschen mit psychischen Erkrankungen suchen oft nach medizinischen und nicht medizinischen Hilfen, die weniger stigmatisierend sind, sich schlussendlich jedoch oft als alleinige Behandlungsmethode als wenig hilfreich herausstellen. Dadurch vergrößert sich letztlich nicht nur die finanzielle und soziale Belastung der Gesellschaft, sondern vor allem das Leid der betroffenen Menschen.

Innerhalb des gesamten Spektrums psychiatrischer Störungen werden bestimmte diagnostische Kategorien, je nach diagnostischer Bezeichnung und gängiger Kausalableitung, stärker diskriminiert. Oligophrenien und Demenzen werden anders eingestuft als psychische Störungen nicht intellektueller Art. Depressionen und psychosomatische Störungen sind weniger verpönt und weniger karrieredeterminierend als die diagnostische Kategorie "Schizophrenie", welche als „Wahnsinn“, mit „Spinnerei“, „Verrücktheit“ oder „Irrsinn“ assoziiert wird [Scharfetter, 1996]. Abhängigkeitsstörungen berühren die moralische Frage „krank oder willenlos“? Mehr noch als die diagnostische Feststellung bei anderen psychischen Störungen berührt die Diagnose „Persönlichkeitsstörung“ unmittelbar das Diagnostik-Problem der Stigmatisierung, da hier nicht nur einzelne Verhaltens- und Erlebensepisoden als störend bezeichnet werden, sondern sich die diagnostizierte Persönlichkeitsabweichung immer auf die Person als Ganzes bezieht [Foulds et al., 1995].

Durch die soziale Stigmatisierung können sich psychische Störungen verschlechtern oder gar erst auftreten [Hell, 2002]. Diesbezüglich stellt die *Theorie der sozialen Etikettierung* die Macht sozialer Normen kritisch dar [Heinrich, 1986]. Danach wird ein Betroffener von seiner Gesellschaft durch Zuschreibung und Etikettierung als psychisch krank und durch die nachfolgende Stigmatisierung als psychisch abnorm in eine diskriminierende Laufbahn gedrängt. Die Stigmatisierung einer Person als geisteskrank bestimmt dann gemäss dieser Theorie wesentlich ihr weiteres Schicksal, das häufig soziale Invalidisierung bedeutet. Die Frage, ob das Konzept psychischer Krankheit objektiv berechtigt sei, steht bei dieser Theorie jedoch im Hintergrund [Scharfetter, 1996].

2.1.3 Gesellschaftliche Einflüsse auf Diagnosenkonzepte

Die Gesellschaft übt sowohl einen Einfluss auf die *Krankheitskonstrukte* als auch einen Einfluss auf die *Manifestation von Krankheiten* aus.

Der gesellschaftliche Einfluss auf die *Krankheitskonstrukte* ist eng mit dem Normenbegriff verbunden. Der in einer bestimmten Gesellschaft am häufigsten gemeinte Normenbegriff ist der der *Durchschnittsnorm* oder *statistischen Norm* [Zimbardo, 1988]. Normal im Sinne der Durchschnittsnorm ist dasjenige Verhalten, das die Mehrzahl der Menschen einer bestimmten Sozietät hinsichtlich eines bestimmten Geschlechts, Alters und innerhalb eines bestimmten soziokulturellen Bereichs in bestimmten Situationen zeigen [Scharfetter, 1996]. Dies beeinflusst auch die Definition dessen, was in einer bestimmten Gesellschaft als psychisch abnorm und krank angesehen wird.

Die *transkulturelle* Psychiatrie zeigt die Unmöglichkeit, den Menschen unter dem Blickwinkel international allgemein gültiger Normen zu betrachten [Scharfetter, 1996]. Was in einer Situation und in einer Kultur normal ist, kann in einer anderen abnorm sein. Im Krieg ist Tö-ten in unserem westlichen Kulturkreis normal, im Frieden jedoch nicht. In Kopfjägerkulturen hingegen ist ein bestimmtes Erschlagen in bestimmten Situationen in Friedenszeiten und in anderen Kulturbereichen das Töten von Alten und unerwünschten Kindern normal.

Der Einfluss von sozialen und gesellschaftlichen Faktoren auf die Definition von psychiatrischen Diagnosekonzepten zeigt sich eindrücklich im *Wandel des Zeitgeistes*. Psychiatrische Konzepte wurden im Laufe der Zeit durch veränderte Normen aufgegeben oder neu definiert.

Die Konzepte der *Sexuell Haltlosen* und *Geborenen Prostituierten* als Persönlichkeitsstörungen wurden beispielsweise durch die grössere Akzeptanz der sexuellen Promiskuität in westlichen Gesellschaften aufgegeben [Foulds et al., 1995]. Ebenso wurde das Konzept des *Dienstverweigerers* als Persönlichkeitsstörung durch veränderte gesellschaftliche Vorstellungen zur Berechtigung von Kriegsdienstverweigerung aufgegeben [Haug, 2001]. Die erhöhte Toleranz gegenüber ungewöhnlichen Lebensentwürfen und persönlichen Nischen sowie die leichtere Rückkehrmöglichkeit von Aussteigern in die Gesellschaft liess zudem die Konzepte der *Arbeitsscheuen* und *Gemeinschaftsunfähigen* als Persönlichkeitsstörungen überflüssig erscheinen [Foulds, 1995].

Weitere gesellschaftliche Einflüsse auf die Definition von Krankheitskonstrukten sind *ökonomischer* oder *politischer* Natur. Damit kann die Ausweitung oder Begrenzung von Diagnosekonzepten beeinflusst werden, was sich an konkreten Beispielen wie dem Demenzbegriff oder der Polytoxikomanie-Diagnose illustrieren lässt. Im DSM-IV fallen beispielsweise bereits leichte kognitive Beeinträchtigungen, die man im DSM-III noch als diskrete Hirnleistungsstörungen diagnostiziert hätte, unter den *Demenzbegriff* [Landis, 2001]. Interesse an dieser Ausweitung des Demenzbegriffs hatten vor allem die in den USA äusserst aktiven Alzheimer-Gesellschaften, die damit rechneten, dass umso mehr Geld für die Forschung zur Verfügung gestellt wird, je mehr Menschen von dieser Diagnose betroffen sind. Ein umgekehrtes Interesse leitete die Operationalisierung der *Polytoxikomanie-Diagnose* in der ICD-10 [Häfner et al., 1994]. Diese ist so eng gefasst, dass sie als Diagnose nahezu verschwinden wird. Der Grund der Enge dieses Diagnosebegriffs liegt unter anderem darin, dass Polytoxikomanie ein Ausschlusskriterium für Substitutionsbehandlungen darstellt [WHO, 1992]. Substitutionsbehandlungen sind politisch jedoch mehrheitlich erwünscht, sodass ein Interesse daran besteht, dass diese Diagnose möglichst wenig oder nicht gestellt wird.

Ökonomisches Interesse zwingt ebenfalls zur Erschliessung neuer Märkte, welche die Existenzgrundlage des immer grösser werdenden Helfersystems sichern sollen (tertiärer Krankheitsgewinn) [Scharfetter, 1996]. Gemäss *Dörner* [2002] liegt das ultimative Ziel des heutigen Gesundheitswesens in der Umwandlung aller Gesunden in Kranke - also in Menschen, die

möglichst lebenslang sowohl chemisch-physikalisch als auch psychisch von Experten behandelt werden müssen, um „gesund leben“ zu können. Vor allem im Bereich der psychischen Erkrankungen gibt es keinen Mangel an Theorien, nach denen fast alle Menschen krank sind. Um dies zu veranschaulichen, sammelte *Doerner* [2002] in Deutschland während zwei Jahren aus zwei überregionalen Zeitungen alle Berichte über Forschungen zur Häufigkeit psychischer Störungen: Die Addition der Zahlen ergab, dass jeder Bundesbürger mehrfach behandlungsbedürftig sei. Ein weiteres Beispiel ist die in den letzten Jahrzehnten einsetzende Rasterfahndung nach unentdeckten psychischen Krankheiten, die in den USA dazu führte, dass sich von 1987 bis 1997 die Zahl der wegen Depression Behandelten von 1,7 auf 6,3 Millionen fast vervierfachte [Dilling, 1998]. Als mitentscheidend dafür wird die suggestive Aufklärungskampagne und die aggressive Werbung für Antidepressiva angesehen. Die derartige Suche nach bisher unentdeckt gebliebenen Kranken verkleinert den Bereich der gesunden, normalen Befindlichkeitsstörungen immer mehr. Der Bereich des Krankhaften wird hingegen immer weiter aufgebläht, sodass schliesslich gar unerwünschte Kinderlosigkeit und Schönheitsmängel als psychische Krankheiten angesehen werden.

Interessant ist in diesem Zusammenhang der Befund, dass mit zunehmender Wirksamkeit therapeutischer Verfahren die Zahl der Kranken nicht etwa kleiner, sondern grösser wird. Dies wird durch das sogenannte *Top-down-Prinzip* des Gesundheits- und Sozialsystems in Praxis und Wissenschaft begünstigt: Eine wissenschaftliche oder industrielle Innovation kann sich bei der schweren Ausprägung einer Erkrankung höchst segensreich auswirken. Eine solche Innovation wird aber des grösseren Marktes wegen auch bei geringerer Ausprägung desselben Krankheitsbildes angewandt, obwohl dies eigentlich nicht indiziert wäre. Wer als Behandler die Wahl hat, beginnt die Intervention der grösseren und schnelleren Erfolgswahrscheinlichkeit wegen, gerne bei „leichteren Fällen“ [Dörner, 2002].

Umgekehrt lösen gerade die Therapierfolge in breiten Kreisen der Bevölkerung wiederum die Erwartung und den Rechtsanspruch auf jederzeitige Herstellbarkeit von Schmerz oder Leidensfreiheit aus. Schmerzen werden schon bei geringer Intensität nicht mehr als gesunde, normale Befindlichkeitsstörung erlebt, sondern bei immer geringer werdenden Intensität als unerträglich, unzumutbar und krankhaft empfunden. Sie werden damit als ein von anderen chemisch oder psychisch zu Eliminierendes aus dem eigenen Kompetenzbereich ausgegrenzt. So erhebt beispielsweise inzwischen die Psychotrauma-Therapie den imperativen Anspruch, möglichst viele Krisen durch Traumatisierung zu erklären und zu

therapieren [Dörner, 2002]. Auch hiervon können einige profitieren - während aber die Allgemeinheit auch durch potenziell lebenslängliche punktuelle Aufmerksamkeitsfixierung geschädigt werden kann. Bei jeder Katastrophe sind heute Opfer wie Helfer den öffentlichkeitswirksamen oder „verstehenswütigen“ Psychoattacken fast zwangsweise - weil wehrlos – ausgesetzt [Sass, 1987].

Soziale und gesellschaftliche Faktoren nehmen nicht nur Einfluss auf die Definition von psychiatrischen Diagnosekonzepten, sondern ebenso auf die *Manifestation* von psychischen Erkrankungen. Jede Kultur bringt die ihre korrespondierenden Pathologien hervor [Scharfetter, 1996]. Das gilt im besonderen für die sogenannten *kulturgebundenen Syndrome*, wie beispielsweise den *kulturspezifischen Suizid*, bei dem es sich um Phänomene wie *Amok* (als Reaktion auf Selbstwertkränkung aus euro-amerikanischer Sicht), *Susto* (als Reaktion auf Schreck und unerträgliche soziale Situationen in Lateinamerika), *Windigo* (als Reaktion auf Einsamkeit und Angst bei den arktischen Eskimos handelt. Dass eine bestimmte Kultur auf vielfache und keineswegs transparente Weise die Bedingungen für das Krankwerden schaffen kann, zeigt sich ebenfalls beispielsweise in der Überforderung durch das westliche Ideal eines stabil kohärenten, autonomen, independenten Individuums in der westlichen Gesellschaft und den damit einhergehenden pathologischen Hervorbringungen des Selbst in der westlichen Kultur, die mit den vielgestaltigen Persönlichkeitsstörungen beschrieben werden [Scharfetter, 1996].

Andererseits zeigt die *transkulturelle Psychiatrie* in interkulturell vergleichenden Studien, dass Menschen in aller Welt unter bestimmten Bedingungen in ähnlich beschreibbarer Weise leiden und/oder infirm - also krank - werden. Dies gilt im Besonderen für Depressionen oder Schizophrenien [Pfeiffer, 1994], wo sich nebst dem kulturvarianten Anteil - ein menschengemeinsamer Anteil von Krankheit zeigt. Zum Beispiel zeigen sich bei Depressiven der westlichen Kultur häufiger und ausgeprägter Schuldgefühle als bei Depressiven der östlichen Kultur.

2.2 Bedeutung von Diagnosen für die Betroffenen

2.2.1 Nutzen und Vorteile

Der Betroffene erlebt seine Krankheit primär als *subjektives Leiden* und *soziales Infirmsein*, mit dem er oft zum ersten Mal konfrontiert wird. Das Benennen des subjektiv oft unerklärbaren Leidens durch einen Fachmann kann eine beruhigende Wirkung zeigen. *Etwas beim Namen* nennen bedeutet, es fassbarer zu machen. Dabei geht es zugleich um eine gewisse *Normalisierung der Symptome* [Scharfetter, 1996]. Dadurch, dass das Leiden einen Namen hat, erkennt der Betroffene, dass er kein Einzelfall ist. Die Erkrankung ist bekannt und muss damit weniger tabuisiert werden.

Diagnosen beinhalten als positive Konsequenz der internationalen Forschung ein breites und statistisches Wissen beispielsweise über Kausalableitungen und wirksame Behandlungsmethoden. Beispielsweise ist statistisch untermauert, dass bei schweren Zwangserkrankungen eine Kombination aus antidepressiver Medikation sowie Verhaltenstherapie mit einer bis zu 70%igen Erfolgsrate am wirksamsten ist [Haug, 2001]. Dieses statistische Wissen kann für den Betroffenen im Einzelfall und für das individuelle Behandlungskonzept nutzbar gemacht werden, ersetzt aber den Miteinbezug des subjektiven Krankheitskonzeptes und der Individualnorm keineswegs [Zogg et al., 2003]

Ein weiterer möglicher Vorteil des Diagnostizierens, das heisst Benennens und Akzeptierens einer vorliegenden Störung, liegt im *sekundären Krankheitsgewinn* [Scharfetter, 1996]. Dies bedeutet, dass der Kranke bis zu seiner Gesundung einen Schonraum einnehmen darf. Nebst dem Behandlungsangebot werden ihm Freistellung von sozialen Verpflichtungen sowie pflegerische und emotionale Fürsorge von Seiten anderer zugestanden.

2.2.2 Gefahren und Mängel

Die Akzeptanz einer Diagnose und die Annahme der Krankenrolle bringen nicht nur Privilegien, sondern auch Pflichten. Gerade die neuen operationalen Diagnosekriterien können

unter dem Vorwand, auf repräsentative Weise psychisch kranke Menschen in der Bevölkerung zu charakterisieren, dazu verwendet werden, eine *Selektion des Leidens* durchzu-

führen [Sass, 1987]. Daraus erfolgt oft ein *Anpassungs- und Behandlungsdruck*, bestimmte Schwierigkeiten mit gesellschaftlich sanktionierten Methoden zu therapieren oder sonst auf Unterstützung verzichten zu müssen [Dörner, 2002].

Eine weitere Gefahr psychiatrischer Diagnosen ist deren *suggestive Kraft*. Diagnosen können beim Betroffenen eine *sich selbsterfüllende* Wirkung zeigen [Hell, 2002].

Ebenfalls negativ kann sich *tatsächliche oder vermutete Stigmatisierung* durch die Definition als psychisch krank auswirken. Wie stark tatsächliche Stigmatisierungseffekte bestehen, ist noch unklar [Grausgruber et al., 1989]. Es hat sich als schwierig herausgestellt, die negativen Effekte von Diagnosen zu belegen. Stigmatisierungseffekte sind jedoch möglicherweise oft weniger ausgeprägt als häufig angenommen.

Besser belegt ist die *Angst vor der Stigmatisierung* durch die Zuordnung als psychisch krank. Patienten und ihre Angehörigen glauben mehrheitlich, dass stigmatisierende Effekte allgemeinüblich sind [Haug, 2001]. Amerikanische Studien schätzen, dass mehr als 60% der Menschen, die einmal in ihrem Leben an einer psychiatrischen Erkrankung leiden, nie professionelle Hilfe erhalten, was unter anderem mit der Angst vor vermuteten oder tatsächlichen Stigmatisierungseffekten zusammenhängen könnte [Zogg et al., 2003].

Da psychiatrische Diagnosen mit grossen Hypotheken belastet sind, muss in *zweifelhaften Fällen* danach getrachtet werden, jene Diagnose zu formulieren, die für den Kranken am wenigsten therapeutische als auch soziale Risiken mit sich bringt [Kind et al., 2002]. Wenn beispielsweise die Frage offen ist, ob eine schizophrene oder affektive Psychose vorliegt, wird man eher die letztere wählen, weil der Verlauf in der Regel gutartig, die Therapie ohne grosse Risiken und das soziale Stigma für den Patienten geringer ist. In gleicher Weise ist die Diagnose „abnorme Persönlichkeit“ mit grösseren sozialen Implikationen verknüpft als jene einer neurotischen Persönlichkeitsentwicklung [Foulds et al., 1995]. Besondere Vorsicht ist gegenüber sogenannten *Anhiebsdiagnosen* am Platz [Haug, 2001]. Gemeint sind damit jene psychiatrischen Diagnosen, die aufgrund eines ersten Eindrucks oder eines kurzen Gesprächs formuliert werden. Zwar mag auch der Psychopathologe versucht sein, diagnostischen Scharfsinn und berufliche Kompetenz durch Blitzdiagnosen zu demonstrieren, für den Betroffenen können sie jedoch schwerwiegende soziale Diskriminierungen zur Folge haben [Hell, 2002].

Ebenso problematisch ist jedoch auch die schönfärberische *Deckdiagnose*, die den wahren Sachverhalt verschleiern. Dort, wo eindeutige Diagnosen zu stellen sind, sollte dieser Schritt auch getan werden [Scharfetter, 1996]. Es kann bei Vorliegen von eindeutigen Kriterien folgenreich sein, beispielsweise ein Borderline-Syndrom anstatt einer akuten schizophrenen Episode zu diagnostizieren.

Wichtig erscheint in diesem Zusammenhang die Kommunikation zwischen Fachmann und Betroffenen, insbesondere die Vermittlung der vorliegenden Diagnose. Der Fachmann ist angehalten, die Diagnose nicht als soziales Etikett, sondern als Störungsbild mit typischen sowie individuellen Symptomen – und unter Einbezug des subjektiven Krankheitsbildes - zu kommunizieren [Zöllner, 1980]. Dabei soll, je nach Situation Beratung, hinsichtlich der Kommunikation der Diagnose Dritten gegenüber angeboten werden. So ist es beispielsweise für einen psychisch kranken Stellenbewerber nicht zwingend notwendig, eine Diagnose, beispielsweise eine sexuelle Devianz, die keinerlei beeinträchtigende Wirkungen auf die Ausübung der Stellentätigkeit hat, dem Arbeitgeber mitzuteilen.

Nicht auszuschließen ist schliesslich eine Schädigung oder Stigmatisierung durch negative *Gegenübertragungsreaktionen* durch den Fachmann selbst [Kind et al., 2002].

Eine weitere Gefahr von Diagnosen kann im Anreiz des sekundären Krankheitsgewinnes liegen, was in bestimmten Situationen zur *Funktionalisierung von Krankheit* führt [Scharfetter, 1996]. Dies kann bewusst oder unbewusst gesuchte Phänomene wie *Simulation*, das *Münchhausensyndrom*, die *Aggravation* oder *Automanipulation* oder das Verbleiben in der Krankheit aufgrund des Fehlens anderer Möglichkeiten (Hospitalismus) zur Folge haben. Der Krankheitssimulant aus Faulheit, Angst oder Rentenbegehren ist besonders verpönt, er erschleicht sich missbräuchlich Vorteile aus gesellschaftlich vorgesehenen Einrichtungen [Scharfetter, 1996].

2.3 Bedeutung von Diagnosen in der Forschung und Wissenschaft

2.3.1 Nutzen und Vorteile

Diagnosen beschreiben eine von anderen eindeutig unterscheidbare Gruppe von Fakten kurz sowie prägnant und benennen sie mit einem oder zwei Worten [Häfner et al., 1994]. In dieser Funktion leisten sie in der nationalen und internationalen Forschung grosse Dienste. Sie sollen als weltweit akzeptierte Sprache eindeutige *Verständigung über Krankheiten* und Syndrome ermöglichen [Landis, 2001]. Dazu ist eine einheitliche Terminologie sowie eine Standardisierung von Diagnosen notwendig. Hinter dem Diagnosenlabel der heutigen internationalen operationalisierten Diagnosesysteme steht eine verbindliche, relativ rigide Kriterienkonstellation.

Diagnosen dienen in der nationalen sowie internationalen Forschung vor allem auch der *vereinheitlichten Informationsgewinnung* über die diagnostischen Gruppen [Landis, 2001]. Repräsentative nationale und internationale Studien ermitteln epidemiologische Zahlen über das Vorkommen psychiatrischer Störungen in verschiedenen Bevölkerungsgruppen sowie Wahrscheinlichkeiten über zu erwartende Verläufe. Mit der Einführung der internationalen ICD und der damit einhergehenden einheitlichen Diagnostik besteht die Hoffnung auf die Formulierung auch einer international standardisierten und einheitlichen Therapie [WHO, 1992]. Auch wenn eine Klasse nur eine behauptete, nicht aber eine bewiesene Einheit darstellt, ist sie doch von *heuristischem Wert*, denn sie weist uns Wege zu neuer Information [Davison et al., 1996]. Auf der Grundlage von diagnostischen Störungsgruppen, als einigermaßen homogene und von anderen Störungsmustern unterscheidbare Kategorie von Morbidität, kann eine heuristische Suchstrategie zur Aufklärung der Ätiologie und zum Auffinden optimaler Therapien einer Krankheit entwickelt werden. Erst wenn eine diagnostische Klasse gebildet ist, können die Menschen, die in deren Definition passen, untersucht werden. Ziel ist es, die für ihre Schwierigkeiten verantwortlichen Faktoren zu entdecken und Behandlungsformen zu entwickeln, die ihnen zu helfen vermögen [Sass, 1996].

Eine wesentliche Schubkraft der heutigen Diagnostikforschung beruht auf dem Bedürfnis der biologisch-psychopharmakologisch-orientierten Psychiatrie [Landis, 2001]. Diese fordert in hohem Masse die zuverlässige Bestimmung homogener, möglichst rein symptomatologisch definierter diagnostischer Klassen für die Eingangsbedingungen der psychopharmakologischen Forschung, welche zunehmend störungsspezifischere Behandlungsstrategien entwickelt. Dabei geht es um die Frage, inwieweit ein psychopathologisches Symptom auf eine bestimmte Transmitter-Dysregulation zurückgeführt werden kann, welche dann mit zuneh-

mend spezifischen Medikamenten beeinflusst werden sollen. Die differentielle psychopharmakologische Indikationsstellung zwingt zur operationalen Diagnose, wie am Beispiel der Lithiumprophylaxe gezeigt werden kann [Landis, 2001].

Auf der anderen Seite gibt es auch *Rückwirkungen von empirischen Forschungsbefunden aus Therapiestudien auf die Konzeption von Klassifikationen*. Das unterschiedliche Ansprechen ursprünglich für homogen gehaltener Patientengruppen auf bestimmte Medikamente oder andere Massnahmen in kontrollierten Therapiestudien lässt die Frage aufwerfen, ob die Untersuchungsgruppen diagnostisch nicht doch zu heterogen sind [Ulrich, 1997]. Auf diese Weise wird die *treatment response*, das heisst das Ansprechen auf meist medikamentöse Behandlung, nicht nur zu einer indiziellen Hilfe in diagnostischen Zweifelsfällen, sondern auch zu einer modulierenden Instanz bei der Gestaltung der psychiatrischen Klassifikation, zur Diagnose „*ex iuvantibus*“ [Zöllner, 1980]. Beispiele für die Wechselbeziehung zwischen psychiatrischer Therapie einerseits und psychiatrischer Diagnostik andererseits zeigt die Forschung im Bereich der Neuroleptika und Antidepressiva, wo immer wieder Impulse für die Weiterentwicklung operationaler Diagnosekriterien zur Definition geeigneter Untersuchungsgruppen geliefert wurden. Besonders folgenreich waren beispielsweise die Erfahrungen in den USA bei der Behandlung eines diagnostisch sehr weit gefassten Bereiches schizophrener Störungen mit Antidepressiva und Lithium, die dazu führten, dass in DSM-III, DSM-III-R und im ICD-10 die affektiven Störungen diagnostisch den Vorrang vor den schizophrenen Störungsbildern erhielten [Benkert, 1995]. Ein anderes Beispiel sind vorgeschlagene diagnostische Aufteilungen der *major depression*, die wesentlich durch das unterschiedliche Ansprechen auf Medikamente begründet werden, etwa bei der Definition der hysteroiden Dysphorie durch das Reagieren auf MAO-Hemmer [Ulrich, 1997]. Ähnlich dient bei der Klassifikation der subaffektiven Störungen das Auftreten hypomanischer Episoden nach trizyklischen Antidepressiva als Kriterium, um eine *subaffective synthymic depression* von den *character spectrum disorders* zu differenzieren [Landis, 2001].

Allerdings ist offen, ob psychopharmakologische und andere biologische Befunde über Grenzüberschreitungen hinaus zu einer grundlegenden Neuordnung psychiatrischer Klassifikationen führen können. Sowohl das Ansprechen auf Medikamente als auch die anderen bisher untersuchten biologischen Parameter haben sich nosologisch als unspezifisch erwiesen [Landis, 2001]. Benzodiazepine werden beispielsweise mit Erfolg bei einer breiten Palette psychischer Störungen eingesetzt, die von Neurosen und Angstsyndromen bis zu

affektiven und schizophrenen Psychosen reicht. Antidepressiva bewähren sich ausser bei klassischen Depressionsformen auch bei Angststörungen, in schizophrenen Residuen, bei Zwangsphänomenen sowie vielfältigen vegetativen Dysregulationen. Neuroleptika wirken bei gewissen psychosomatischen und neurotischen Störungen bis hin zu schwersten endo-genen und körperlich begründbaren Psychosen. Eine Konsequenz dieser *Unspezifität* therapeutischer Massnahmen liegt in der Zurücknahme der Indikationsstellung von der klassifikatorischen diagnostischen Zuordnung auf die Ebene von *Zielsyndromen* oder gar von Zielsymptomen. Behandelt wird beispielsweise nicht eine schizophrene Störung, eine affektive Psychose oder eine bestimmte Neurosenform, sondern vielmehr ein depressives oder ein paranoid-halluzinatorisches Syndrom, beziehungsweise ein einzelnes Zielsymptom wie Angst, Unruhe oder Antriebsmangel [Haug, 2001].

2.3.2 Gefahren und Mängel

Die in der Forschung bestehenden Gefahren von Diagnosen können unter anderem in einer *fehlenden wissenschaftlichen Unabhängigkeit* liegen [Landis, 2001]. Die Vergabe von Forschungsgeldern ist oft an Bedingungen geknüpft: Forschung als Politikum. In den USA ist beispielsweise die Vergabe der Forschungsgelder jeweils an die Bedingung geknüpft, bei der Diagnosestellung das DSM-IV anzuwenden, von welchem man sich wissenschaftliche und objektiv reproduzierbare Diagnosen verspricht [Landis, 2001].

Gerade die biologisch orientierte Forschung, mit ihrer Tendenz zur pragmatischen Verkürzung und zur psychopathologischen Symptombdifferenzierung, greift gerne zu operationalen Instrumenten, weil sie eine klare, rationale Gliederung des schwierigen Bereiches psychischer Störungen versprechen [Sass, 1990]. Dies kann die Suche nach grundlegenden

Prinzipien sowie *biographischen und individuellen Faktoren* schmälern, die für die Entstehung und psychosoziale Ausformung der Krankheitsbilder wichtig sind. Diagnostische Systeme in der Psychiatrie können jedoch höchstens in ganz engen, überwiegend somatisch determinierten Teilbereichen den Anspruch auf Allgemeingültigkeit erheben, da die Ausbildung der meisten psychischen Störungen verschränkt ist mit einem vielgestaltigen Lebensprozess, der sich einer formalen Klassifizierung entzieht [Sass, 1994]. Die Zuordnung

eines Krankheitsbegriffs zu einer bestimmten Person kann das betroffene Individuum nicht als Ganzes charakterisieren.

Eine Gefahr der symptomorientierten – und damit der defizitorientierten – Forschung liegt in der Vernachlässigung der *salutogenetischen Faktoren*. Die heutige Forschung untersucht und diskutiert in einem grossen Umfang potentielle Risikofaktoren, die zu Krankheiten führen können [Ulrich, 1997]. Hingegen werden gesunderhaltende, krankheitsschützende Faktoren erst in einem geringen Masse untersucht. Die Medizinische Psychologie greift heute verstärkt die Frage auf, warum Menschen trotz zahlreicher und ubiquitärer Stressoren und Gesundheitsrisiken gesund bleiben. Hier verlagert sich das Interesse von pathogenetisch bedeutsamen psychischen Defiziten oder Risikofaktoren auf gesundheitsförderliche psychosoziale Kompetenzen und *Protektivfaktoren*, die eine aktive Bewegung des Individuums in Richtung Gesundheit fördern.

2.4 Bedeutung von Diagnosen für die klinische Praxis

2.4.1 Nutzen und Vorteile

Moderne psychiatrische Diagnosen sind Kurzbeschreibungen und fassen verbindlich einzelne Symptome in ihrem zeitlichen Auftreten zusammen. In dieser *kommunikativen Eigen-*

schaft ermöglichen und erleichtern sie die Kommunikation und den Austausch zwischen der Forschung und der Praxis [Häfner et al., 1994]. Die effiziente und standardisierte *Erfassung von Patientendaten* in der klinischen Praxis kann für die Forschung sowie für die psychosoziale Versorgungsplanung fruchtbar gemacht werden.

Heutige moderne psychiatrische Diagnosen geben wichtige Hinweise dafür, welche Behandlungsweise einer anderen Behandlungsform im statistischen Gruppenvergleich kurz- bis mittelfristig überlegen ist [Davison et al. 1996]. Eine Diagnose ist somit eine therapeutische Handlungsanweisung [Scharfetter, 1996]. Werden die Symptome nicht sorgfältig und richtig erfasst, so kann die richtige Diagnose versäumt werden – und damit vielfach auch die nach dem jeweiligen Forschungsstand einzuschlagende Therapie. Wird eine Verwahrlosungsentwicklung einer Adoleszentin nicht als Erstmanifestation einer Manie erkannt, so unterbleibt unter Umständen die heilende Lithiumprophylaxe. Wird ein Schizophrener nicht als solcher erkannt, sondern als Neurotiker „auf die Couch gelegt“, so kann seine Psychose exazerbieren [Scharfetter].

2.4.2 Gefahren und Mängel

Die Diagnosekritik spaltet sich im wesentlichen in zwei Gruppen [Davison, et al.,1996]. Eine Gruppe von Kritikern hält jegliche Klassifikation im Bereich abweichenden Verhaltens für irrelevant. Die zweite Kritikergruppe sieht bestimmte Mängel in der Art, wie Diagnosen gestellt werden. Sie übt vor allem Kritik am reduktionistischen Ansatz, der mangelnden Validität, dem Problem der Quantifizierung sowie der mangelnden Objektivität des Untersuchers.

Klassifizieren heisst, Objekte mit gemeinsamen Eigenschaften unter Verzicht auf individuelle Eigenschaften zusammenzufassen [Dorsch, 1994]. Eine Klassifikation ist somit notwendigerweise mit dem Verzicht und Verlust spezifischer, individueller Informationen verbunden, womit im Bereich der Psychopathologie ein Teil der Einmaligkeit der untersuchten Person unweigerlich verloren geht [Davison et al. 1996]. Insofern handelt es sich beim Klassifizieren um eine *Reduktion auf bestimmte diagnoserelevante Informationen*, was im Gegensatz zu einer ganzheitlichen Schau steht. Klassifizieren und Kategorisieren sind unabdingbare Teile menschlichen Denkens. Wichtig dabei ist, ob die verlorengegangene Information *relevant*

ist, was im Bereich des Diagnostizierens davon abhängt, welche Zwecke das Klassifikationssystem erfüllen soll. In der klassischen Psychiatrie muss eine Klassifikation vielmehr *nützlich* und *zweckmässig* als *wahr*, das heisst valide, sein [Scharfetter, 1996].

Die Schwierigkeit bei der Beurteilung für abweichendes Verhalten und Erleben liegt darin, dass nicht eindeutig feststeht, welches die relevanten und welches die irrelevanten Dimensionen abweichenden Verhaltens sind [Davison et al., 1996]. Es kann also passieren, dass Menschen aufgrund eines trivialen Merkmals diagnostisch zusammengruppiert und die eigentlich wichtigen Unterschiede zwischen ihnen übersehen werden. Klassifikationen unterliegen somit der Gefahr *der mangelnden Diagnosevalidität*.

Klassifizieren heisst auch, klare Grenzen zwischen homogenen Gruppen von Daten zu ziehen, die sich klar von anderen homogenen Gruppen von Daten unterscheiden [Davison et al., 1996]. Nach Sass [1987] handelt es sich dabei jedoch um *künstliche Grenzen*. Mit dem Streben nach klaren Krankheitseinheiten ist die Gefahr verbunden, dass es zu einer Entfernung von zahlreichen *Mischbildern* des klinischen Alltags kommt. Im *Feighner*-System führte dies beispielsweise zu einer grossen Zahl nicht klassifizierbarer Fälle und im DSM-III zur Vernachlässigung des wichtigen schizoaffektiven Bereiches.

Kategoriale Klassifikationssysteme sind *Entscheidungsklassifikationen* und widersprechen damit der Vorstellung einer kontinuierlichen Entwicklung, beziehungsweise verschiedener Intensitäten einer Störung [Davison et al. 1996]. Die Vertreter des Kontinuum-Ansatzes weisen darauf hin, dass sich abweichendes und normales Verhalten lediglich in der Intensität oder Stärke und nicht in der Art unterscheiden. Dies betrifft die Frage der *Quantifizierung*.

Im Gegensatz zum kategorialen Ansatz werden beim dimensionalen Ansatz die Personen auf einer quantitativen Skala, beispielsweise einer Ängstlichkeitsskala von 1 bis 10, eingeordnet. DSM-IV bietet eine vorläufige dimensionale Klassifikation der Persönlichkeitsstörungen an [APA, 1994]. Die Entscheidung zwischen einer Klassifikation in Kategorien oder in Dimensionen ist nicht einfach. Betrachtet man beispielsweise die dimensionale Variable Ängstlichkeit, könnte sich zeigen, dass es nützlich ist, eine diagnostische Kategorie für Personen mit extremer Angst zu erstellen. In einer Kategorisierung liegt zwangsläufig eine gewisse Willkürlichkeit bezüglich der Trennlinie.

In der klinischen Praxis geht es nicht nur um die Grenzen zwischen verschiedenen psychiatrischen Diagnosen, sondern ebenso um die Abgrenzung zwischen gesundem und abweichendem Erleben und Verhalten [Scharfetter, 1996]. Diese Grenze ist nicht eindeutig und verbindlich festzulegen und bleibt bis zu einem gewissen Grade dem Ermessen des Patienten und des Arztes überlassen. Wenn wir von einer reaktiven Depression nach Verlust eines Liebesobjektes sprechen, ist damit impliziert, dass es sich um mehr als um normale Trauer handelt. Oft bestimmt der Patient diese Grenze selbst durch das Aufsuchen der Fachperson. Die Auffassungen zwischen den Fachpersonen, der Gesellschaft und den Betroffenen über die Grenze des Krankseins decken sich oft nicht. [Zöllner, 1980].

Die *mangelnde Objektivität des Untersuchers* ist immer wieder Gegenstand der Kritik an Klassifikationssystemen geworden. Die Verwendung von Klassifikationskategorien kann mitunter ungerechtfertigterweise zu einer Diagnose führen [Davison et al., 1996], beispielsweise wenn der Diagnostiker mit eigenen *subjektiven Ergänzungen* über das beobachtete Verhalten hinausgeht. Dabei erinnert sich der Diagnostiker beim Vorliegen einzelner Symptome an eine diagnostische Kategorie, obwohl für die ergänzenden Symptome unter Umständen keine direkten Beobachtungen oder Befunde vorliegen.

Psychiatrische Untersucher sind bei der Diagnosestellung in einem nicht geringem Masse *suggestiven Einflüssen* unterworfen [Kind et al., 2002]. Eine einmal formulierte Diagnose hat eine gewisse Wahrscheinlichkeit, von späteren Untersuchern bestätigt zu werden - auch wenn die nachweisbaren Symptome keineswegs eindeutig dafür sprechen. Dies kann zu einer ungerechtfertigten *Fixierung auf eine Diagnose* führen. Das Zustandsbild des Kranken kann jedoch innerhalb kurzer Zeit erheblich schwanken. Bei zeitlich aufeinander folgenden Untersuchungen hat sich der Zustand des Kranken möglicherweise deutlich verändert. Es ist deshalb von grosser Wichtigkeit, sich als Untersucher immer wieder zu vergegenwärtigen, dass es sich beim psychiatrischen Befund in erster Linie um einen Querschnittsbefund handelt, wengleich unter Einbezug des bisherigen Verlaufs und der weiteren Verlaufsmöglichkeiten. Diagnosen können sich prospektiv ändern. Therapeutisches Ziel ist gerade die Veränderung des Zustandsbildes. Die Fixierung auf eine Diagnose kann therapeutisch hinderlich sein.

Experimente zeigen zudem, dass viele Psychiater der sogenannten *Prestigesuggestion* unterliegen [Davison et al., 1996]. Wenn von autoritativer Seite suggestive - aber objektiv unzutreffende - Bemerkungen zur Diagnose eines bestimmten Kranken gemacht wurden,

liessen sich viele dazu verführen, bei Beurteilung eines Interviews auf Tonband eine Diagnose im Sinne der Suggestion zu stellen.

Wichtiger als die suggestiven Einflüsse bei der Diagnosestellung scheint die Verfälschung der Diagnostik durch die *affektive Befangenheit* des Arztes seinem Patienten gegenüber zu sein. Der Blick für die Konfliktsituation des Kranken kann durch persönlichkeitsbedingte Voreingenommenheiten und eigene Abwehrvorgänge getrübt werden [Kind et al., 2002]. Was der Arzt bei sich verurteilt und unterdrückt, nimmt er mit Vorliebe am Patienten wahr. Psychiater und Psychotherapeuten entwickeln deshalb oft ein begrenztes Repertoire diagnostischer Formulierungen, denen eine gewisse Stereotypie eigen ist. Abhilfe von dieser diagnostischen Einengung schafft nur die sorgfältige und fortgesetzte Kontrolle der eigenen gefühlsmässigen Einstellung zum Kranken sowie diagnostische Übungen und Besprechungen/Supervision und die genaue Kenntnis der zahlreichen Beurteilungsfehler (beispielsweise des Halo-Effektes) [Zöllner, 1980].

Bei der diagnostischen Befunderhebung handelt es sich zum Teil um *reaktive Daten* [Davison et al., 1996]. Die zu beforschende Person ist in der Psychopathologie in hohem, aber unterschiedlichem Grad dem *Rosenthal-Effekt* ausgesetzt, das heisst, beeinflusst durch die Einstellung, Haltung, Absicht, Motivation und das Wissen des Untersuchers, ja selbst schon durch den Akt der Beobachtung (Hawthorne-Effekt) [Zöllner, 1980].

Die *Beziehung* des Kranken zum Untersucher beeinflusst in starkem Masse die Symptome, die der Untersucher zu Gesicht bekommt. Der Kranke macht nicht jedem Untersucher die gleichen Mitteilungen, was zu einer *Varianz der Beobachtungsdaten* führt [Scharfetter, 1996]. Das Erleben und Verhalten eines Menschen wechselt je nach der Umgebung, das heisst, auch je nachdem, wie das Gespräch mit ihm gelingt oder misslingt. Es liegt in der sozialen Kompetenz des Untersuchers, eine vertrauensvolle Untersuchungsatmosphäre zu schaffen. Gelingt es dem Gesprächsführer, den Kranken aufzuschliessen, so können viele sogenannte psychopathologische Symptome in der aktuellen Untersuchungssituation sogar zurücktreten. Die psychopathologischen Symptome treten dann meist wieder auf, sobald der betreffende Mensch allein gelassen ist oder in einer ungesunden, das heisst vor allem isolierten, ausweglosen, zwiespältigen oder kritisch abwertenden, ausbeutenden und unterdrückenden Umgebung leben muss. Somit sucht der psychiatrische Fachmann idealerweise zum Beispiel nicht nach *der Schizophrenie an sich*, sondern die relevante Frage lautet: In welcher

Umgebung, unter welchen Bedingungen erlebt und verhält sich ein Mensch in der Weise, die man nach einer Übereinkunft schizophran nennt [Scharfetter, 1996]?

Das Gespräch, das Hinhörenkönnen und richtige Verstehen ist eine nie ganz abgeschlossene Kunst. Glückt ein Gespräch, so zeigt der Betroffene auch weniger Angst oder Schamgefühle, seine Symptome zu offenbaren [Scharfetter, 1996]. Dem einen, der es nicht verstanden hat, sein Vertrauen zu gewinnen, wird er beispielsweise nichts über die häufigen Entfremdungs- und Beeinflussungserlebnisse berichten, sondern nur über hypochondrisch anmutende Körpersymptome klagen. Dem anderen wird er sich rückhaltlos offenbaren. Der kann nun die Diagnose Schizophrenie stellen, während der andere noch eine hypochondrische Neurose annimmt.

Eine weitere Kritik an der heutigen Diagnostik befasst sich mit der *Defizitorientierung* des modernen Krankheitsbegriffs [Kaluza, 1999]. Danach wird vor allem nach kranken Anteilen des Betroffenen gesucht und diese beurteilt. Der Kranke ist jedoch mehr als seine Krankheit. Zu einer umfassenden Diagnose gehört nicht nur die klare Erkennung des Abnormen, Krankhaften, sondern auch die Berücksichtigung der positiven Seiten, der Kräfte und Fähigkeiten, welche die Anpassung an die Behinderung oder ihre Kompensation erlauben [Scharfetter, 1996]. Die Suche nach gesunden Anteilen gibt wichtige Hinweise auf die *Fähigkeit zur Krankheitsbewältigung*. Dieser *ressourcenorientierte Aspekt* der Person des Kranken kann für die Wahl der Therapie und für die Prognose entscheidend sein. Die Frage nach der *Lebenstüchtigkeit* ist relevant. Ein Kranker, der sich bisher in seinem Beruf bewährt und gezeigt hat, dass er sich veränderten beruflichen Bedingungen anpassen kann, der zudem die Bindungsfähigkeit bewiesen hat, die zur Führung einer ihn und den Partner befriedigenden Beziehung notwendig ist, hat grössere Chancen, eine psychische Störung zu überwinden oder zu kompensieren als jemand, dem diese Fähigkeiten fehlen. Das Funktionstüchtige im Kranken ist von grösster Relevanz für die Krankheitsbewältigung.

In einer *salutogenetischen* Perspektive stellt sich nebst der Krankheitsbewältigung zudem die Frage, ob es eine *gesundheitsförderliche Konstruktion subjektiver Realität* gibt und worin diese gegebenenfalls inhaltlich besteht [Kaluza, 1999]. Dieser Ansatz berücksichtigt den Einfluss von kognitiven Prozessen in Form von Annahmen, Einstellungen oder Erwartungen auf die Art und Weise, wie der einzelne seine Welt sieht, beziehungsweise konstruiert. Eine mögliche Ressource stellt hernach das *subjektive Krankheitskonzept* dar [Zogg et al., 2003]. Dabei geht es einerseits um kausale oder finale Erklärungsmuster, auf welche Menschen zurückgreifen,

um sich eingetretene Ereignisse, wie beispielsweise eine Krankheit, zu erklären. Andererseits sind kognitive Prozesse wie Sinnzuschreibungen, Zukunftserwartungen sowie Kontroll- und Selbstwirksamkeitsüberzeugungen wesentlich für den Erfolg einer Behandlung und den Verlauf einer Erkrankung verantwortlich.

2.4.3 Operationale Diagnostik in der modernen Psychiatrie

Die frühere Diagnostik hat je nach psychiatrischer Schule oder nach diagnostischer Strömung in verschiedenen Ländern zu uneinheitlichen und nicht vergleichbaren Ergebnissen geführt, sodass das Ziel der neueren Bemühungen in der Etablierung von weltweit vergleichbaren Diagnosen liegt [WHO, 1992]. Ein Ergebnis dieser neueren Bemühungen liegt in der operationalisierten Diagnostik, welche sich in den letzten Jahrzehnten des 20. Jahrhunderts mit dem DSM-III und ICD-10 etablierte. Der Begriff der operationalen Diagnostik geht zurück auf den Engländer *Bridgeman*, der ihn bereits in den 20er Jahren des 20. Jahrhunderts in die englische Psychiatrie einführte [Freyberger et al., 1996].

Das Konzept der operationalisierten Diagnostik in der modernen Psychiatrie geht davon aus, dass psychisches Erleben operationalisiert, das heißt, objektiviert und gemessen werden kann [Haug, 2001]. Die operationale Diagnostik beschreibt psychische Störungen als verbindliches Kriterienmuster. Dieses Kriterienmuster wird einerseits definiert durch die explizite Vorgabe von Symptomkriterien (Ein- und Ausschlusskriterien). Diese werden ergänzt durch Zeit- und/oder Verlaufsangaben. Andererseits werden diagnostische Entscheidungs- und Verknüpfungsregeln (Algorithmen) für diese Kriterien vorgegeben [WHO, 1992].

Bei den Symptomkriterien handelt es sich in der Regel um die klassischen psychopathologischen Symptome, während die Zeit- und Verlaufskriterien sehr heterogen sind. Sie reichen von unbestimmten Dauerangaben (zum Beispiel einige Tage) bis hin zu exakten Zeitvorgaben (zum Beispiel 2 Wochen bei der depressiven Episode). Die Diagnosestellung erfolgt unter obligater oder fakultativer Verwendung einer bestimmten Anzahl diagnostisch relevanter typischer Kriterien unter Berücksichtigung exakter Angaben zum Auftreten und zeitlichen Verlauf der Symptomkriterien.

Die klinischen Krankheitsbilder und ihre Verlaufsgeschichten wurden von Fachleuten zunächst von psychodynamischen Aspekten getrennt und in völlig unabhängige Kriterien aufgeteilt [Freyberger et al., 1996]. In der ICD-10 sind es insgesamt ca. 750 Merkmale, welche von allen Experten international anerkannt wurden. Diese Kriterien wurden dann in einem zweiten Schritt aufgrund ihrer geschätzten Häufigkeit ihres gemeinsamen Auftretens wieder zu klinischen Syndromen, Störungsbildern und diagnostischen Einheiten zusammengefügt. Die jeweilige Kriterienkonstellation und deren Verknüpfungsregeln (Algorithmen) werden in den jeweiligen internationalen Klassifikationssystemen wie DSM-IV und ICD-10 beschrieben. Der operationale diagnostische Prozess läuft vom Kriterium zur Klassifikation und meint diese Vorgehensweise.

Es existieren zahlreiche Instrumente zur *standardisierten Erhebung und Dokumentation der Symptomkriterien*, beispielsweise sogenannte Leitfäden, wie derjenige der *Arbeitsgemeinschaft für Methodik und Dokumentation in der Psychiatrie (AMDP)* [AMDP, 2000].

2.4.4 Nutzen und Vorteile

Der operationalisierte kriteriologische Diagnostikansatz ermöglicht eine *systematische Organisation* des Wissens in der Psychiatrie. Psychopathologische Symptome können beispielsweise nach diagnostischer Bedeutung gewichtet (beispielsweise Einteilung in diagnostische Leitkriterien und Zusatzsymptome) sowie nach Ausprägungsgrad quantifiziert werden [WHO, 1992]. Dies kann für die systematische *Unterrichtsgestaltung* nutzbar gemacht werden. Der operationale Ansatz erleichtert es Psychopathologiestudenten sowie Berufsanfängern im Bereich der Psychiatrie, sich einen umfassenden Überblick über das aktuelle psychiatrische Wissen zu erarbeiten.

Der kriteriologische Ansatz eignet sich im speziellen für die *differentielle Indikation* bei Kriseninterventionen oder Notfällen, insbesondere für die psychopharmakologische Praxis. Behandelt wird beispielsweise nicht eine schizophrene Störung, eine affektive Psychose oder eine bestimmte Neurosenform, sondern vielmehr ein depressives oder ein paranoid-halluzinatorisches Syndrom, beziehungsweise einzelne *Zielsymptome* wie Angst, Unruhe, Antriebsmangel oder Suizidalität (Pragmatische Syndromatologie).

Das Ausmass, in dem ein Klassifikationssystem, ein Test oder eine sonstige Messmethode bei jeder wiederholten Anwendung zu denselben wissenschaftlichen Beobachtungsdaten führt, ist das Mass seiner *Reliabilität* [Davison et al., 1996]. Operationale Klassifikationssysteme zeigen gegenüber ihren Vorgängern mit den hinsichtlich der Reliabilität unzulänglichen Typisierungen und Syndrombeschreibungen eine vergleichsweise hohe Reliabilität [Wittchen, 1993]. Die Reliabilität wird einerseits durch die explizite Vorgabe der Diagnosekriterien (hohe Diagnosegenauigkeit, beziehungsweise Kriteriumsvalidität), andererseits durch die standardisierte Befunderhebung, beispielsweise mit halbstandardisierten Interviews, verbessert. Feldstudien zum DSM-III zeigten, dass dabei sowohl die Wiederholungsreliabilität (das heisst eine hohe Zuverlässigkeit bezüglich der Konstanz der Diagnosen bei Wiederholung des diagnostischen Prozesses durch denselben Diagnostiker), als auch die Interraterreliabilität (das heisst, das Mass der interpersonalen Übereinstimmung in der Beurteilung des diagnostischen Bildes bei verschiedenen Diagnostikern) erhöht wurde [APA, 1980].

Subjektive Faktoren bei der Befunderhebung spielen jedoch auch bei den operationalen Diagnosen nach ICD-10 und DSM-IV weiterhin eine Rolle. Trotz Eindeutigkeit und der konkret-detaillierten Basis des operationalen Ansatzes bleibt dem Untersucher ein gewisser *Ermessensspielraum* [Freyberger et al., 1996]. Zwei Untersucher können zwar das gleiche Zustandsbild beobachten, sie bewerten einzelne Symptome aber vielleicht verschieden und weisen das Zustandsbild deshalb anderen diagnostischen Gruppen zu. Am Beispiel der Manie lässt sich fragen: Was genau bedeutet die Vorgabe, dass die gehobene Stimmung abnorm und andauernd gehoben sein muss? Der Kliniker bestimmt, was für den Patienten angemessen ist und wie sein Verhalten sich mit einer Durchschnittsperson vergleichen lässt. Solche Beurteilungen geben Raum für kulturelle Vorurteile, die sich einschleichen können, und auch für die persönlichen Vorstellungen des Therapeuten, was eine Durchschnittsperson in einem speziellen Lebensstadium oder in bestimmten Situationen wie lange tun sollte oder nicht tun sollte.

Ebenso verlangt die heutige Tendenz zur Erfassung grosser Patientenkollektive für die statistische Datenverarbeitung in der Forschung und für die Planung der Versorgung im Gesundheitswesen einheitlich erhobene Befunde, wozu eine allgemein anwendbare Unter-

suchungsmethode, wie sie die Technik der operationalen Befunderhebung bietet, unerlässlich ist [WHO, 1992].

2.4.5 Gefahren und Mängel

Eine Gefahr der operationalen Diagnostik liegt in ihrer *vereinfachten Anwendung*. Dabei könnte eine früher angewandte typologische Beschreibung mit einem operationalen Diagnostiketikett versehen werden, ohne dass die dafür verlangten Kriterien erfüllt wären [Dilling, 1998].

Manche Diagnosen der neuen operationalen Diagnosesysteme finden zudem fast keine Verwendung. So ergab eine internationale Umfrage in europäischen psychiatrischen Kliniken, dass wenige Diagnosen den grössten Teil aller Fälle abdecken [Dilling et al., 1994a]. In 40% aller Fälle kommen gerade nur 7 Diagnosen vor: *paranoide Schizophrenie* (F20.0), *Alkoholabhängigkeit* (F10.2), *Anpassungsstörung* (F43.2), *mittelgradige depressive Episode* (F32.2), *Alkoholentzugssyndrom* (F10.3), *Dysthymia* (F34.1) und *schwere depressive Episode* (F32.2). Das vorgesehene *Differenzierungspotential* der ICD-10 mit ihrer immensen Anzahl angebotener Diagnosen – es gibt allein 50 Möglichkeiten, Depressionen zu verschlüsseln – wird somit nicht ausgeschöpft. Damit wird eine *pseudo-exakte Diagnostik* vorgespiegelt, die nicht der gleichen Vielfalt angewendeter Therapien entspricht.

Obwohl sich die höhere Reliabilität operationaler Diagnosen positiv auf die *Inhaltsvalidität* auswirken kann, ist keineswegs garantiert, dass sie dies auch tut [Wittchen, 1993]. Eine Diagnose nach DSM-IV und ICD-10 muss nicht notwendigerweise auch zu *sinnvollen Informationen* über den Patienten führen. Die Frage, ob die jeweilige Kriterienzusammenstellung zu einer spezifischen Störung und die Regeln zur diagnostischen Entscheidungsfindung wirklich die optimale Lösung sind, bleibt ungeklärt. Warum beispielsweise gerade drei Symptome für eine leichte Episode gegeben sein müssen und nicht zwei oder fünf, wird nicht transparent.

Die ICD-10 beansprucht, eine *atheoretische Klassifikation* zu sein [WHO, 1992]. Daraus lassen sich zwei Implikationen ableiten [Haug, 2001]: Erstens beansprucht die ICD-10, weitgehend frei von *Ätiologieannahmen* zu sein. Dies zeigte sich vor allem in der Aufgabe der Neurosenlehre. Die ICD-10 ist jedoch entgegen ihrem eigenen Anspruch nicht durchgängig

deskriptiv, wie beispielsweise die Diagnose *posttraumatische Belastungs-störung* (F43.1) zeigt.

Die zweite Implikation des atheoretischen Postulates ist die *reine Deskription von beobachtbarem Verhalten*, was in eine *erkenntnistheoretische Diskussion* mündet. Die moderne psychiatrische Diagnostikforschung wurde wissenschaftstheoretisch durch die psychologische Methodenkritik und durch *neopositivistische Gedanken des logischen Empirismus* inspiriert [Wiggins et al., 1994]. Danach liegt die Funktion psychiatrischen Klassifizierens darin, eine Methode zur *Abbildung* von möglichst einfachen Tatsachen der realen Welt zu liefern, die sich von unterschiedlichen Beobachtern übereinstimmend registrieren lassen.

Faust und *Miner* (1986) haben einige Schwierigkeiten und innere Widersprüche eines strikt empiristischen objektiven Anspruches aufgezeigt [Sass, 1987]. Die Annahme der reinen Deskriptivität ist aus epistemologischer Sicht nicht haltbar. Beobachtungen sind immer schon gestaltet, das heisst, sie enthalten immer schon *Interpretationen* [Scharfetter, 1996] oder wie es *Popper* [1973] ausdrückt: „Clinical observations, like all other observations, are interpretations in the light of theories“. Danach beginnt jede empirische Forschung in den Realwissenschaften mit der Beobachtung, worin jedoch immer schon Theorie im allgemein menschlichen Sinn – nämlich *Anschauungsweise und Weltauffassung* – liegt.

Nach *Jaspers* ist es ein Idealziel, alles Theoretische vollkommen auszuschliessen und die Sache selbst in reiner Weise zu Wort kommen zu lassen, denn all unsere Auffassung ist bereits schon Theorie [Jaspers, 1973]. Somit verhält sich jeder Arzt nach einer bestimmten Weltansicht, ob er nun darum weiss oder nicht. Die Wahl besteht nicht darin, eine Vorstellung, eine Philosophie, eine Anschauungsweise über den Menschen zu haben oder auf eine solche zu verzichten. Die Wahl besteht darin, sich dieser Konzeption bewusst zu sein oder nicht.

Subjektive Faktoren in Gestalt theoretischer Ausrichtungen sind in der Psychiatrie allgegenwärtig und haben bestimmenden Einfluss auf unsere Auffassung vom Wesen abweichenden Verhaltens [Scharfetter, 1996]. Deshalb müssen Menschen- und Weltbilder auch in der Psychiatrie reflektiert und hinterfragt werden. Menschen- und Weltbilder werden in der Wissenschaft oft in Form von *Paradigmen* angeboten. Nach Auffassung von *Kuhn* [1973] ist der Begriff des Paradigmas ein begrifflicher Rahmen, eine begrenzte Zahl von grundlegenden Annahmen, um Daten zu sammeln und zu interpretieren, beispielsweise das psychoanalytische oder das biologische Paradigma. Wahrnehmungspsychologisch betrachtet ist ein

Paradigma eine allgemeine Einstellung, bestimmte Faktoren zu sehen und andere nicht [Asendorpf, 1996].

Nebst den Menschen- und Weltbildern müssen auch *Theorien hinter Begriffen* vergegenwärtigt werden. Einzelnes kann immer nur mit Hilfe von allgemeinen Begriffen erfasst werden, die selbst einer Theorie, ob nun vergegenwärtigt und formuliert oder nicht, angehören. Dabei werden oft *Konstruktbegriffe*, die eine Sache im Sinne einer Theorie interpretieren sollen, fälschlicherweise zur Beschreibung verwendet. So ist beispielsweise der Begriff der *Dissoziation* ein Konstrukt, das seinerseits nur indirekt erschliessbar und als solches nicht beobachtbar ist [Scharfetter, 1996].

Beschreibung wird zudem oft irrtümlicherweise mit Phänomenologie verwechselt [Zöllner, 1980]. Die Erfassung der Welt vollzieht sich in Konstruktionen und Bildern. Der Mensch gestaltet mittels seiner kognitiven Funktionen des Bewusstseins - Wahrnehmung und Erkennen - seine Welt. Das heisst nicht, dass er sie erschafft [Scharfetter, 1996]. Er entnimmt aus ihr kognitive Strukturen oder legt solche in sie hinein, gibt ihr also Gestalt. In diesem Sinne, welche die heutige epistemologische Richtung des *Konstruktivismus* meint, ist der Mensch *weltgestaltend* [Sass, 1987]. Der im intersubjektiven Konsensus erfahrene Überschneidungsbereich dieser in Abhängigkeit von Kultur und Person gestalteten Welt gilt als Realität im Sinne der *Ordinary Reality* [Castaneda, 1970]. Somit sind Infirmitäten, Leid und Beschwerden gegeben. Krankheiten im nosologischen Sinne sind jedoch *gestaltete Einheiten*, sind Facta (Gemachtes) [Scharfetter, 1996]. Sie werden aus der Polymorphie menschlichen Infirmseins zum Zwecke diagnostischen und therapeutischen Handelns gestaltet (Nosopoesis) und müssen sich als solcherart geschaffene Konstrukte instrumentell *bewähren*, das heisst nützlich sein.

Auch die *Perspektive* des *einzelnen Beobachters* ist nicht einfach auszuschalten, sondern zu reflektieren [Kind et al., 2002]. Die Aussagekraft einer psychiatrischen Diagnose kann nur dann vollumfänglich abgeschätzt werden, wenn die Kenntnis, von wem sie gestellt wurde, vorhanden ist. Jeder Wissenschaftler bleibt immer auch ein menschliches Wesen. Die Objektivität des operationalen diagnostischen Vorganges wurde zwar durch halbstandardisierte Interviewmanuale verbessert, ist aber dennoch nicht vollumfänglich gegeben [Baumann et al., 1989]. Die Qualität der Klassifikation hängt immer auch von der Sorgfalt, Fähigkeit und den persönlichen Gewichtungen der Untersuchers ab.

Die moderne operationale Diagnostik nach ICD bezieht sich auf eine *statistische Norm*. Für den Kliniker ist jedoch der Begriff der *Individualnorm* als individuelle Spezifizierung des statistischen Normbegriffs wichtig [Scharfetter, 1978]. Dabei geht es um die Frage, ob und inwieweit das zur Untersuchung führende Erleben und Verhalten von der sonstigen Wesensart abweicht, ob es aus dem Duktus des individuellen Lebens herausfällt. Damit wird der Leidensdruck als Krankheitskriterium wichtig.

Die aus Reliabilitätsbegründungen begründete Betonung der Ebene des beobachtbaren Verhaltens kann zu einer *Vernachlässigung biographischer, struktureller und dynamischer Aspekte* psychischer Störungen führen. Psychische Störungen sind eingebettet in seelische Strukturen, in Prägungen durch die Lebensentwicklung, in situative Konstellationen und in Einstellungen des Individuums [Peters, 2003]. Die modernen operationalen Diagnosen sind jedoch nicht geeignet, die individuelle Problematik eines Menschen umfassend zu erfassen. Ihre Objektivität geht auf Kosten all dessen, was ein Individuum ausmacht: wie eine Person mit Belastungen umgeht, was diese Person als negativ oder positiv bewertet, inwieweit sie Leiden zu ertragen bereit ist, wie sie zum Krankheitsverständnis der angewandten Diagnostik steht und welche Behandlungsform ihr entgegenkommt.

Die operationale Vorgehensweise, mitunter mit halb- oder ganzstandardisierten Erhebungsinstrumenten, hat zwar den Vorteil der Vollständigkeit und Regelmäßigkeit (Vergleichbarkeit), weist jedoch im Gegensatz zum freien klinischen Interview einen *Mangel an Flexibilität und Spontaneität* auf, der die *Patient-Untersucher-Beziehung* behindern oder gar unterbinden kann [Sass, 1994].

Mit den relativ starren Merkmalskatalogen können neue theoretische und empirische Entwicklungen zudem kaum berücksichtigt und erfasst werden, beispielsweise die Vulnerabilitätstheorie oder das Konzept der expressiven Emotionalität [Sass, 1987]. Keine Berücksichtigung findet auch die wertvolle Herausarbeitung der charakteristischen und uncharakteristischen Formen schizophrener Prodromi [Peters, 2003].

3 HISTORISCHE PSYCHIATRISCHE MODELLE

3.1 Bedeutung der psychiatrischen Nosologie

Nosologie bedeutet Krankheitslehre [Peters, 1999]. Sie umfasst einerseits die *Nosographie*, das heisst die Beschreibung einzelner Krankheiten, und andererseits die *nosologische Klassifikation*, das heisst die Aufstellung einer systematischen Ordnung.

Nosologie meint somit die Lehre von der Einteilung der Krankheiten mit Beschreibung dieser nach *einheitlichen Gesichtspunkten* unter Berücksichtigung von Ätiologie, Phänomenologie und Prognose in einem geschlossenen Klassifikationssystem [Von Zerssen, 1986]. Ziel ist es, im Sinne einer logischen, hierarchischen Ordnung ein „natürliches“ und vollständiges System von *Krankheitseinheiten* zu schaffen [WHO, 1992]. Das berühmteste klassifikatorische System ist sicherlich die von *Carl von Linné* 1735 erschienene Abhandlung *Systema naturae*, welche noch immer die Grundlage der modernen biologischen Systematik ist [WHO, 1986].

Eine Klassifikation ist ein Ordnungssystem, das nach bestimmten Kriterien in Gruppen einteilt [Davison et al., 1996]. Sie ist von Anfang an geschlossen konzipiert, muss aber so aufgebaut sein, dass sie für alle Erscheinungsbilder eine Klasse oder entsprechend differenzierte Unterklassen bereithält. Besonders im Feld der psychischen Störungen ergeben sich dabei beträchtliche Schwierigkeiten. Einer natürlichen und streng logischen Klassifikation psychischer Erkrankungen stellen sich verschiedene Faktoren entgegen. Nach Angst [1987] sind dies:

- 1) das rudimentäre Wissen über Ursachen und Pathogenese psychischer Erkrankungen
- 2) das dadurch bedingte Zurückgehen auf deskriptive, syndromale Typisierungen
- 3) die den Einzelfall konstituierende, vielfältige Assoziation von Syndromen
- 4) die fließenden Uebergänge zwischen normal und abnorm

Deshalb geht es in der Psychiatrie – im Gegensatz zur somatischen Medizin, wo wir fast immer natürliche Krankheitseinheiten vorfinden - vorerst einmal um die Konzeptbildung eines Klassifikationssystems. Kapitel 3 beschäftigt sich mit den historischen Bemühungen einer solchen Klassifikation und Kapitel 4 mit den Revisionen und der Entwicklung der modernen Klassifikationssysteme.

3.2 Psychiatrische Modelle vor der Vereinheitlichung

3.2.1 Altertum

Schon im Altertum gab es *unsystematische Beschreibungen* von psychiatrischen Erkrankungen. Die älteste Aufzeichnung stammt von 3000 v. Ch., als in *Ägypten* bei Prince Ptahhotep eine Krankheit ähnlich der heutigen Demenz-Diagnose beschrieben wurde [Mack, 1994]. Auch Beschreibungen von Erkrankungen ähnlich der heutigen Melancholie und Hysterie durch die Ägypter gehen bis ins Jahr 2600 v. Ch. zurück [Berner et al., 1983a].

Eine *erste Klassifikation* psychischer Störungen finden wir im Jahre 1400 v. Chr. in der traditionellen *ayurvedischen Medizin* in Indien. Hier werden sieben Arten von dämonischer Besessenheit beschrieben und mit beobachtbaren menschlichen Persönlichkeitszügen in Verbindung gebracht [Ackernecht, 1982].

Eine weitere Klassifikation psychischer Störungen finden wir bei *Hippokrates* und seinen Nachfolgern im alten Griechenland [Hoff, 1992]. Sie beschrieben fünf Typen von psychischem Kranksein: Phrenitis (akute psychische Verwirrung mit Fieber), Manie (akute psychische Verwirrung ohne Fieber), Melancholie (alle Arten von chronischen psychischen Störungen), Epilepsie und Hysterie.

Hippokrates schuf zudem die *erste Klassifikation mit Ätiologieannahmen*. Er identifizierte vier Temperamente, die er je auf eine spezifische Hormonbasis zurückführte: das cholerische Temperament (ärgerlich, feindselig), das sanguine Temperament (optimistisch, fröhlich), das melancholische Temperament (pessimistisch, deprimiert) und das phlegmatische Temperament (apathisch, gleichgültig) [Freedman, 1986].

Plato teilte die psychischen Störungen ein in solche, die durch göttliche Kraft gegeben waren, und solche, die physischen Ursprung hatten [Mack et al., 1994]. Als göttliche Störungen galten die prophetische Verrücktheit (verursacht durch Apollo), die religiöse Verrücktheit (verursacht durch Dionysus), die poetische Verrücktheit (verursacht durch Muse) und die erotische Verrücktheit (verursacht durch Aphrodite und Eros). Auch hierbei handelte es sich um theoretische Erklärungen hinter Phänomenen. Im Gegensatz zu *Hippokrates* basierte das System von *Plato* jedoch nicht auf empirischen Beobachtungen, sondern auf einer logischen

oder rationalen *Konzeptualisierung*. Diese beiden Methoden - einerseits die *empirische Beobachtung*, andererseits die Konzeptbildung - koexistierten oder wechselten sich durch die ganze Geschichte der Medizin und besonders der Psychiatrie hindurch bis heute ab [Berner et al., 1983].

Das grundlegende Verständnis psychischer Störungen im Altertum war zumeist ein somatisches, wenn auch das Gehirn selbst noch nicht im Zentrum des Interesses stand. Entsprechend der stark somatischen Ausrichtung der antiken „Seelenheilkunde“ - ein eigenes Fach mit dieser Bezeichnung existierte noch nicht - wiesen auch die therapeutischen Empfehlungen in diese Richtung, etwa Aderlass, Abführmittel oder spezielle Diätvorschriften [Davison et al., 1996].

3.2.2 Mittelalter

Für diesen Zeitpunkt gibt es aus medizinhistorischer Sicht wenig Fortschritte und viele Rückschritte. Der wesentliche Fortschritt dieser Epochen war die Entstehung von Kliniken [Ernst, 1998]. Von sehr frühen Gründungen von Institutionen zur Behandlung seelischer Störungen wird aus dem arabischen Kulturraum berichtet. In Westeuropa finden sich Vorläufer psychiatrischer Kliniken, beziehungsweise psychiatrischer Abteilungen an Allgemeinkrankenhäusern, etwa ab dem frühen 15. Jahrhundert. Diesem Fortschritt, der nicht zuletzt auf dem naturalistischen Standpunkt der antiken Medizin beruhte, steht ein erheblicher Rückschritt im Umgang mit psychischen Störungen gegenüber: Psychotische Menschen - vor allem Frauen - wurden als Besessene, als Hexen bezeichnet und sozial ausgegrenzt [Baer, 1998]. In vielen Fällen wurden sie hingerichtet, meist durch Verbrennung. Es gab aber auch Gegenstimmen, beispielsweise Paracelsus, welche die übernatürliche, dämonische Genese von seelischen Erkrankungen anzweifelten [Davison et al., 1996].

3.2.3 18. Jahrhundert

Im 18. Jahrhundert gelang mit der *Renaissance* und der *Aufklärung* die Ablösung von den dämonologischen Krankheitskonzepten [Davison et al., 1996]. Man erkannte nach und nach, dass verschiedene Krankheiten unterschiedliche Behandlungen verlangten und verbesserte

die diagnostischen Verfahren. Die Klassifikation von Daten nach klaren, distinkten, abgegrenzten Rubriken war das sine qua non der wissenschaftlichen Methode in der Aufklärung in Frankreich im ausgehenden 18. Jahrhundert [Dilling, 1994a]. Den Ausgangspunkt für eine *zusammenhängende diagnostische Klassifikation* bot erst die Entwicklung der deskriptiven Naturwissenschaften [Hoff, 1992]. Der schwedische Biologe *Carl von Linné* versuchte nach seiner Abhandlung *Systema naturae* (1735) seine botanische Methode auf die Klassifikation von Erkrankungen anzuwenden. 1763 erschien die Abhandlung *Genera morborum*, in welcher er die psychischen Störungen, ihren Symptomen gemäss, in Gruppen zusammenfasste [WHO, 1967].

Der Physiker und Philosoph *Sydenham* betonte, dass alle Kreationen der Natur – Erkrankungen eingeschlossen – einzigartig sind [Mack et al., 1994]. Jede Krankheit habe eine unabhängige Existenz. Er empfahl, die empirischen Beobachtungen nach Erscheinungsmustern zu klassifizieren, ähnlich wie die Botaniker die Pflanzen einteilen. *Sydenham* hoffte, dass die künftigen Nosologen, die aufgrund von mangelndem medizinischen Wissen *spekulativen Theorien* aufgeben, die *botanische Methode der deskriptiven Klassifikation* benützen würden, um die Erkrankungen zu erforschen. *De Sauvages of Montpellier* war ein Nachfolger von *Sydenham*, welcher die botanische Methode in seiner *Nosologia methodica* (1768) benützte [Mack et al., 1994]. Darin listete er 2400 Arten von Erkrankungen auf, wovon allerdings die meisten einzelne Symptome waren.

Im ausgehenden 18. Jahrhundert und beginnenden 19. Jahrhundert dominierte die französische Psychiatrie mit *Pinel*, *Pinet* und *Esquirol* durch die *sorgfältige psychopathologische Beschreibung psychischer Syndrome*, zurückgehend auf das Studium einzelner Symptome [Davison et al., 1996]. Im Jahr 1767 veröffentlichte *Pinel* seine *Nosologie méthodique*, womit er ein deskriptives System erstellte, welches im Gegensatz zum eher willkürlichen und unvollständigen System von *Sauvage* ein tiefgründiges Studium der einzelnen Symptome zur psychopathologischen Beschreibung psychischer *Syndrome* voraussetzte. *Esquirol* war ein Student von *Pinel* und widmete sich dem Verständnis von Patienten mittels akkurater klinischer Beschreibungen anstatt theoretischer Spekulationen [Mack et al., 1994]. *Georget* - wiederum ein Student von *Esquirol* - war der erste, welcher in seinem Werk *On Madness* [1820] organische Störungen von funktionalen Psychosen differenzierte [Berrios, 1999].

3.2.4 19. Jahrhundert

Etwa ab den 30er Jahren des 19. Jahrhunderts setzte eine Gegenbewegung ein, die sich an die erstarkenden positiven Naturwissenschaften anzulehnen versuchte und sich gegen jede Art von unkritischer Spekulation - sowohl naturphilosophisch-romantischer Art als auch materialistischer Orientierung - wandte [Berner et al., 1983]. Hauptziel war die Etablierung der Psychiatrie als eigenständige, empirisch arbeitende Wissenschaft. Zielvorstellungen in der Psychiatrie war trotz der Fortschritte in der Beschreibung und Klassifikation psychischer Störungen im 18. Jahrhundert eine ätiologisch fundierte Nosologie, das heisst mit ätiologischen Erklärungen und Beschreibung der Pathogenese .

Die deutsche Schule

Die Bemühungen des Psychiaters *Bayles* lagen darin, die Psychiatrie über das *deskriptive Stadium* hinauszubringen und eine *ätiologische Klassifikation* zu erstellen [Dilling, 1994a]. Seine Arbeit am *Charenton Asylum* nahm eine *neuropsychiatrische Richtung* an und mündete in eine riesige Datensammlung, welche aus vielen Autopsien stammte. *Bayle* klassifizierte die *Krankheitsverläufe* aufgrund der begleitenden *Hirnläsionen*. Als *Bayle* im Jahr 1822 die *progressive Paralyse* beschrieb, schienen auch für Geisteskrankheiten lückenlose Erklärungsreihen vom klinischen Syndrom über eine spezifische pathoanatomische Genese bis hin zum ursächlich krank-machenden Agens möglich.

Griesinger war wohl der einflussreichste Vertreter der *naturwissenschaftlichen* Bewegung und stellte die Forderung, die klinische Psychiatrie habe sich dem psychophysischen Problem *empirisch* und nicht *metaphysisch* zu stellen, sie habe somit *psychophysiologische Forschung* zu betreiben [Mack et al., 1994]. *Griesinger* wollte die Psychiatrie als eigenständige empirische Wissenschaft etablieren und konzipierte ein entsprechendes *Forschungsprogramm*. Das ebenso bekannte, wie oft ohne Zusammenhang und verkürzt wiedergegebene Zitat, wonach Geisteskrankheiten Gehirnkrankheiten seien, stellt die grösstmögliche begriffliche Verdichtung des naturwissenschaftlichen Konzepts *Griesingers* dar [Berner et al., 1983].

Das psychopathologische Konzept von *Griesinger*, nämlich die gemeinsam mit seinem Lehrer *Albert Zeller* entwickelte Idee der *Einheitspsychose*, hat Griesingers Namen vom Erscheinen seines Hauptwerkes *Pathologie und Therapie der psychischen Krankheiten* (1845, 1861) an bis in die jüngste Diskussion fest mit Grundfragen der psychiatrischen Nosologie verknüpft [Dilling, 1994a]. Das Konzept der Einheitspsychose postuliert das Irresein als einzigen Morbus, der gesetzmässig mehrere Stadien durchläuft: (1) primär die affektive Störung, dann (2) die wahnhaftige Entgleisung, die „Verrücktheit“, und schliesslich, sofern kein Stillstand eintritt, (3) das schwere und schliesslich irreversible kognitive Defizit, in heutiger Terminologie eine Demenz. Damit wird noch vor *Kahlbaum* und *Kaepelin* der *Verlaufs-aspekt* mit infauster Prognose betont [Rennert, 1965].

Nach dieser *Einheitslehre* von *Griesinger* waren die primären affektiven Störungen Melancholie und Manie reversible Stadien eines Krankheitsprozesses, der zu den affektiv nicht mehr bewegten und nicht mehr reversiblen sekundären Schwächezuständen „Verrücktheit“ und „Blödsinn“ voranschreiten konnte [Janzarik, 1969]. Allerdings akzeptierte *Griesinger* später *Snells* Beschreibung einer „primären Verrücktheit“ (1865), der gerade kein affektives Vorstadium vorauszu gehen brauche, und widerrief in diesem Punkt seine früheren Konzeption. Die primäre Verrücktheit hat danach rasch den Bedeutungsumfang der späteren *Dementia praecox* angenommen [Scharfetter, 1984]. Für die affektiven Krankheitsstadien ist mit einiger Verzögerung und unter einer neuen Bezeichnung die *folie circulaire* (folie à double forme) der französischen Autoren eingetreten [Angst, 1966].

Das Forschungsziel von *Kraepelin* war die Erkennung der *natürlichen Krankheitseinheiten*. Der zentrale Gedanke dieses Ansatzes ist die Hypothese, dass es in der Psychiatrie, wie in anderen medizinischen Fächern auch, von der Natur vorgegebene – in heutiger Terminologie: biologische – Krankheitseinheiten gibt [Conrad, 1959]. Diese Einheiten werden somit nach *Kraepelins* Auffassung keineswegs von den Psychiatern „konstruiert“, sind also keineswegs blosse psychopathologische *Konventionen*, sondern existente und voneinander eindeutig trennbare *Entitäten*, ähnlich wie dies bei Gegenständen der Aussenwelt, etwa verschiedenen Arten von Pflanzen, der Fall ist. *Kraepelin* postulierte, dass sich der Forscher unabhängig von der von ihm angewandten *Forschungsmethodik* bei hinreichend ausgearbeiteter Technik notwendigerweise auf die Entdeckung derselben psychiatrischen Einheiten hinbewegen wird - eben den ja schon vor jeder Forschung festliegenden „natürlichen“ Krankheitseinheiten“ [Kraepelin, 1883]. *Kraepelin* hoffte, mit mehr Wissen über die Ätiologie, Symptomatologie und

den Verlauf die *natürliche Klassifikation*, die *Krankheitseinheiten*, zu entdecken. Seine Methode basierte auf dem Ansatz von *Sydenham*, seine Klassifikation basierte auf den allgemeinen Merkmalen, welche die Patienten zeigten [Mack et al., 1994].

Kraepelin nahm stützend auf *Kahlbaum* an, alle Patienten, deren Symptome denselben *Krankheitsverlauf* nehmen, würden auch an derselben Krankheit leiden [Angst, 1987]. Mithilfe von psychopathologischen und verlauftypischen Merkmalen gliederte er die *endogenen Erkrankungen* und ermöglichte eine Differentialdiagnose zwischen Schizophrenie und Zylothymie [Scharfetter, 1978]. Die im wesentlichen auf *Verlaufsmerkmale* gestützte Dichotomie der *endogenen Psychosen* in *Dementia praecox* und *manisch-depressives Irresein* ist nur eines unter vielen Resultaten der diagnostischen Forschung von *Kraepelin*, wenn auch ohne Zweifel ein besonders nachhaltiges, nämlich bis hin zu den aktuellen operationalen Diagnosemanualen wirksames [Berner et al., 1983]. Der Begriff der *Dementia praecox* wurde von der französischen Psychiatrie übernommen, jedoch dort im deskriptiven Sinne verwendet [Scharfetter, 1984].

Der *Dementia-praecox*-Begriff von *Kraepelin* ist ein *multiaxialer*, bei dem Merkmale auf drei Achsen zu seiner Bestimmung herangezogen werden: symptomatologische, zeitlich/verlauftypische (chronisch, defektbildend) und ätiologische (endogen) [Angst, 1966].

Kraepelin bezeichnet *Dementia praecox* als Erkrankungen, die (1) endogen sind, das heisst, ohne erkennbare äussere Anlässe aus inneren Ursachen entstehen, (2) in der Mehrzahl der Fälle zu einem bald stärker, bald schwächer ausgeprägten psychischen Siechtum führen und (3) deren gemeinsames Kennzeichen die Grundstörung als eine eigenartige Zerstörung des inneren Zusammenhanges der psychischen Persönlichkeit mit vorwiegender Schädigung des Gemütslebens und des Willens bildet [Berner et al., 1983]. Damit entsteht eine grosse Mannigfaltigkeit von Zustandsbildern, deren Zusammengehörigkeit zunächst nur aus ihrer Aufeinanderfolge in demselben Krankheitsverlauf, der endogenen Verblödung - deren Hauptform die *Dementia praecox* ist - erkennbar sei [Kraepelin, 1883].

Es handelt sich dabei um eine *Typologie der Verlaufsformen* (klinische Untergruppen) und deren Ausgänge.

Neue Gesichtspunkte zum Begriff der *Dementia praecox* sind bei *Kraepelin* nicht enthalten, da es ja gerade sein Anliegen war, die klinischen Formen der *Dementia praecox* zusammenzufassen. *Kraepelin* verwendete den Begriff *Dementia praecox* in der 6. Auflage seines Lehrbuches *Psychiatrie* im Hinblick auf den häufig gleichen Ausgang für die vor ihm als selbständig erachteten Erkrankungen *Katatonie* (Kahlbaum, 1874), *Hebephrenie* - einschliesslich der später wieder abgetrennten *Dementia simplex* - (Hecker, 1871) und die *Dementiae paranoides* [*Kraepelin*, 1883].

Jene Krankheitsformen, deren Zugehörigkeit zur *Dementia praecox* als unsicher erschien, wurden von *Kraepelin* als selbständige Unterformen formuliert: *paranoide Psychosen*, *Spätkatatonie*, *periodisch verlaufende Formen* und die *Sprachverwirrtheit*. In der 8. Auflage seines Lehrbuches „*Psychiatrie*“ gehören neben der *Dementia praecox* die *Paraphrenien* zur Gruppe der endogenen Verblödung [*Kraepelin*, 1883].

Die Bemühungen von *Kraepelin* Krankheitseinheiten - das heisst Krankheitsformen mit gleicher Ursache, gleichem Erscheinungsbild, gleichem Verlauf und gleichem Ausgang - aus der Fülle der Erscheinungsformen seelischer Erkrankungen herauszuarbeiten, betrafen neben der *Dementia praecox* auch das *manisch-depressive Irresein*. Der *Kraepelinsche Begriff* des *manisch-depressiven Irreseins* ist ebenso ein multiaxialer, in welchem nebst symptomatologischen Merkmalen auch Merkmale des Verlaufs (zeitliche Abgrenzbarkeit von Beginn zum Ende, episodischer Verlauf, remittierend/ rezidivierend, Polarität der Krankheitszustände) und des Ausgangs (Remission) konstituierende Kriterien neben dem ätiologischen Kriterium der *Endogenität* abgeben [*Berner et al.*, 1883].

Die Unterscheidung *monopolarer* und *bipolarer* Formen ist angelegt, wird aber nicht systematisch als differenzierendes Merkmal verwendet [*Angst*, 1966]. Der Terminus *manisch-depressives Irresein* umfasst bei *Kraepelin* ein breites Spektrum klinischer Erscheinungsbilder und findet seine Begrenzung vor allem im *Dementia-praecox-Begriff*. Er umfasst das ganze Gebiet des *periodischen* und *zirkulären Irreseins*, andererseits die *einfache Manie*, den grössten Teil der als Melancholie bezeichneten Krankheitsbilder, aber auch gewisse leichte - teils periodische, teils dauernde - krankhafte *Stimmungsfärbungen*, die einerseits als Vorstufe schwererer Störungen anzusehen sind, andererseits ohne scharfe Grenze in das Gebiet der persönlichen Veranlagungen übergehen [*Kraepelin*, 1883].

Diese zuletzt genannten Grundzustände werden von den typischen Krankheitszuständen der Manie, Melancholie (Depression) und den manisch-depressiven Mischzuständen unterschieden. Die Zusammenfassung zu einer endogenen Gruppe des manisch-depressiven Irreseins wird mehrfach begründet: (1) In allen angeführten Krankheitsbildern kehren trotz vielfacher äusserlicher Verschiedenheiten doch gemeinsame Grundzüge wieder. (2) Die verschiedenen Krankheitsformen gehen ohne erkennbare Grenzen ineinander über. Sie gleichen sich im Querschnitt, wie auch immer sie im Verlauf aneinandergereiht sind (3) Sie haben eine einheitliche Prognose, dass die Anfälle des manisch-depressiven Irreseins niemals zu tiefer Verblödung führen und gewöhnlich sogar alle Krankheitserscheinungen völlig verschwinden [Kraepelin, 1883].

Entscheidend für den bis heute anhaltenden grossen Einfluss seines Werkes dürfte gewesen sein, dass *Kraepelin* der unter der terminologischen Unübersichtlichkeit des 19. Jahrhunderts leidenden Psychiatrie ein sich auf jahrzehntelange klinische Erfahrung berufendes und damit „innerpsychiatrisches“ – also eben nicht philosophisch oder neuroanatomisch – legitimiertes und zudem noch prognostisch orientiertes nosologisches Bezugssystem zur Verfügung stellte [Berner et al., 1983]. Gleichzeitig hat *Kraepelin* die Grundlage für die weitere Entwicklung der psychiatrischen Lehre gelegt, insbesondere für *Bleulers* symptomatologische Analysen und ihre Fortwirkungen ebenso wie für spätere Versuche multiaxialer Konzepte [Hell et al., 2001].

Der Schweizer Psychiater *Bleuler* schlug nach einer kritischen Zusammenfassung der vorliegenden Forschungsergebnisse vor, nicht mehr wie *Kraepelin* von der *Dementia praecox*, sondern in Anbetracht der symptomatologischen - möglicherweise aber auch ätiologisch-pathogenetischen - Heterogenität dieser Erkrankungen von der *Gruppe der Schizo-phrenien* zu sprechen, ein Vorschlag, der sich weithin durchsetzte [Bleuler, 1929].

Jaspers schlug ein *Schichtenmodell* psychischer Störungen vor. Gemäss der *Schichtenregel* nach *Jaspers* werden psychiatrische Störungen eingeteilt in *organische Störungen* (tiefe Schicht), *endogene Störungen* (mittlere Schicht) und *reaktive Störungen* (obere Schicht).

Bei der Diagnosefindung müssen die jeweils tiefer liegenden Störungen ausgeschlossen werden.

Bezüglich der *Pathogenese* vertrat *Schneider* die in der deutschsprachigen Psychiatrie seit langem fest verankerte Auffassung, dass es sich bei den endogenen Psychosen letztlich um organische Störungen des Zentralnervensystems handle. Dieser Standpunkt wurde als *Somatosedpostulat* bezeichnet [Berner et al., 1993]. *Schneider* hob jedoch hervor, dass es sich dabei um eine *Modellvorstellung*, ein Postulat, ein heuristisches Prinzip handle, das auch andere Entstehungsmodi seelischer, auch psychotischer Störungen keineswegs ausschliesse. *Schneider* entwarf eine vorwiegend *deskriptive Psychopathologie*, welche den klinisch sinnvollen, *verstehenden Gesamtzusammenhang* zu wahren versuchte [Davison et al., 1996]. Kennzeichnend war das Ringen um eine *präzise psychopathologische Begrifflichkeit*, was u.a. zur Herausarbeitung der „*Symptome ersten Ranges*“ führte, bei deren Vorliegen, in Abwesenheit greifbarer hirnganischer Störung, *Schneider* von Schizophrenie zu sprechen empfahl [Scharfetter, 1982].

Psychiatrische Diagnosen waren für *Schneider* keine blosse Abbildung dessen, was *Kraepelin* unter „natürlichen Krankheitseinheiten“ verstanden hatte. Er sah in ihnen vorläufige psychopathologisch fundierte begriffliche *Konstrukte*, die sich einem ständigen, durch empirisches Wissen und konzeptuelle Weiterentwicklung gesteuerten Anpassungs- und Erneuerungsprozess zu stellen hätten [Hoff, 1992]. Diese - in markantem Gegensatz zu *Kraepelins* Streben nach *Realdefinitionen* stehende - nominaldefinitorische Auffassung psychiatrischer Diagnosen sowie die Forderung, für die Psychiatrie möglichst eindeutige und allgemein akzeptierte diagnostische *Kriterien* zu schaffen, lassen *Schneider* als entscheidenden Vorläufer der heutigen operationalisierten psychiatrischen Diagnostik erscheinen [Sass, 1990].

Die französische Schule

Im Jahr 1801 erschien das Hauptwerk von *Pinel* mit dem Titel *Traite medico-philosophique sur l'Alienation mentale* [Mack, et al., 1994]. Damit gelangte ein - auch schon von früheren, vorwiegend französischen Autoren verfochtenes – *pragmatisch-ekklektisches*, an humanen Grundwerten orientiertes Psychiatrieverständnis zum Durchbruch [Berner et al., 1983].

Skeptisch bis offen ablehnend äusserte sich *Pinel* über alle spekulativen Hypothesen betreffend der Genese und insbesondere über den vermuteten „Sitz“ der Geisteskrankheiten. Zwar

übernahm auch er bei der nosologischen Einteilung seelischer Störungen in *Manie*, *Melancholie*, *Demenz* und *Idiotie* viele zum Teil auch wenig begründete Annahmen früherer Autoren – etwa die Zuordnung der Manie zum Abdomen – doch wird als Grundtenor stets die Forderung nach nüchtern-sachlicher Beschreibung klinischer Sachverhalte in ihrem individuellen biographischen und sozialen Kontext beibehalten. Unausgeglichene Affekte, falsche Erziehungs- und Bildungsmethoden, biographische Krisenzeiten wie Pubertät oder Berentung können für *Pinel* ebenso in die psychotische Erkrankung münden wie rein somatische Einflüsse [Berner et al., 1993].

Aufgrund der eigenständigen Entwicklung der französischen Psychiatrie in den letzten Jahrzehnten des 19. Jahrhunderts unterscheidet diese drei grosse Kategorien von nicht affektiven *funktionellen Psychosen*: die *chronischen Schizophrenien*, die *chronischen* sowie die *akuten Wahnzustände* [Berrios, 1999]. Die Schizophreniekriterien von *Pull* und *Pichot* sind insofern empirisch, als sie nicht von theoretischen Überlegungen oder rein pragmatischen Entscheidungen der Autoren ihren Ausgang nehmen, sondern die Erfahrung mit den Diagnosegepflogenheiten französischer Psychiater widerspiegeln [Berner et al., 1983]. Das Heraushalten der *Bouffée Délirante* und der *chronischen halluzinatorischen Psychose* aus der Schizophrenie, die dadurch in Frankreich sehr eng gefasst wird, beruht auf der häufigen Beobachtbarkeit dieser von *Ballt* beziehungsweise *Magnan* herausgearbeiteten Krankheitsbilder. [Berner et al., 1983].

Der grossen französischen Tradition verdanken wir die Entdeckung der *bipolaren Erkrankungen* oder *Folie circulaire* von *Jean-Pierre Falret*, einem Schüler von *Esquirol* [Angst, 1987]. *Georget* war der erste, der die organischen Störungen von den *funktionellen Psychosen* in seinem 1820 erschienenen Werk *On Madness* differenzierte. *Charcots Studien der Hysterie* lieferten den nächsten Hauptbeitrag zur psychiatrischen Nosologie [Angst, 1987].

3.2.5 Erste Hälfte des 20. Jahrhunderts

Das so entstandene triadische System der psychiatrischen Diagnose, in dessen Zentrum die *Kraepelinsche Dichotomie der endogenen Psychosen*, die *Schichtenregel von Jaspers* und die *Somatosehypothese Schneiders* stehen, hinterliess keine einheitliche klassifikatorische Situation. Beispiele abweichender Sehweisen waren nach Sass [1987] nosologisch flexible psycho-biologische Ganzheitstheorien (z.B. Menninger), die Integration psychoanalytischer Aspekte (z.B. Bleuler, Jung), die Öffnung eines schizoaffektiven Zwischenbereichs (z.B. Kasanin), die Konzepte der reaktiven und psychogenen Psychosen (z.B. Strömgen), die autochthone Nosographie Frankreichs (z.B. Pichot) und andere speziell elaborierte Systematiken (z.B. Leonhard). Insbesondere die *Heidelberger* und die *Tübinger Arbeitskreise* entwickelten eigenständige psychopathologische Traditionen bei der Diagnostik psychotischer Formenkreise, vor allem aber in der Abgrenzung zwischen Persönlichkeitsvarianten und Psychosen [Berner et al., 1993].

Die von *Wernicke* gegründete Schule wurde von *Kleist* und *Leonhard* fortgeführt. Diese Autoren definierten - weit über die als zu grob empfundene Einteilung *Kraepelins* hinaus, vor allem unter Ablehnung seiner nosologischen Dichotomie endogener Psychosen - *distinkte* psychiatrische Krankheitseinheiten, die bezüglich ihrer Genese, familiären Belastung, Symptomatik, Verlauf und Therapie scharf zu trennen seien [Davison et al., 1996]. Die *Leonhardsche Systematik* hat sich trotz grosser Geistesschärfe nie durchgesetzt.

Hatten bei *Kraepelin* die philosophischen Vorannahmen psychiatrischen Handelns noch ein eher unbeachtetes Dasein gefristet, besannen sich andere zeitgenössische Autoren ganz entschieden methodischer und wissenschaftstheoretischer Probleme der Psychiatrie wegbereitend dafür war der Umstand, dass die psychiatrische Literatur der Jahrhundertwende die vom deutschen Philosophen *Dilthey* betonte Unterscheidung von *Erklären* und *Verstehen* intensiv zu rezipieren begann. Unter den gedanklich dichten Monographien, die sich mit dieser Thematik, aber auch mit der systematischen Darstellung begrifflicher Grundlagen beschäftigen, sind nach *Berner et al.* [1983a] beispielhaft *Jaspers* „*Allgemeine Psychopathologie*“ (1913), *Kretschmers* „*Der sensitive Beziehungswahn*“ (1918) und *Kronfelds* „*Das Wesen der psychiatrischen Erkenntnis*“ (1920) zu nennen.

Unter dem Einfluss der im 20. Jahrhundert aufkommenden Psychoanalyse hat sich die Einstellung der Psychiater verändert. Mit *Freud* nahm das *Subjekt* Einzug in die Psychiatrie [Hoff, 1992]. Die naturwissenschaftlich eingestellten Psychiater des ausgehenden 19. Jahrhunderts

fassten den Kranken noch als einen *Beobachtungsgegenstand* auf, der sorgfältig und minutiös beschrieben wurde. Nun sind es nicht mehr nur die einzelnen Krankheits-zeichen, nach denen der Psychiater fahndet, sondern die ganze *Lebenssituation* des Kranken mit seiner Geschichte, und die *Beziehung* zwischen Psychiater und Arzt rückten ins Blickfeld. Der früheren in Krankheitszeichen zergliedernden Beobachtung hat die Psycho-analyse die *Einfühlung* und *Introspektion* als Untersuchungsmittel beigefügt [Mans, 2000].

Im Gegensatz zu *Kraepelin* lag *Freuds* Interesse mehr im Verständnis der Pathogenese und in der Entwicklung von Behandlungsmethoden [Davison et al., 1996]. Ähnlich wie *Kraepelin* war *Freud* ein guter Beobachter und Beschreiber der Psychopathologie. Seine Rolle in der Beschreibung und Klassifikation von *Angststörungen* und *Zwangsstörungen* ist zu vergleichen mit der Rolle von *Kraepelin* in der Klassifikation der Schizophrenien und der manisch-depressiven Störung.

Meyer fungierte als Verbindung zwischen der europäischen und amerikanischen Psychiatrie. Anfänglich übernahm er die Konzeption *Kraepelins*, dann entwickelte er sein eigenes Konzept, welches alle psychischen Störungen als *psycho-biologische Reaktionen* auf die Umwelt sieht [Mack et al., 1994].

Das von der Neuropsychologie betonte *Gesetz der Unspezifität* geht zurück auf *Bonhoeffer*, Ordinarius für Psychiatrie an der *Berliner Charité* [Berner et al., 1983a]. Dieses Postulat der nosologischen Unspezifität psychopathologischer Symptome besagt einerseits, dass bei gleicher organischer Ursache (zum Beispiel Alkoholintoxikation) unterschiedliche psychopathologische Syndrome und Störungsbilder auftreten und andererseits, dass gleichartige psychopathologische Störungsbilder ganz unterschiedliche organische Ursachen haben können (z.B. Alkoholintoxikation oder eine beginnende Hirnentzündung). Diese bis heute akzeptierte Theorie beinhaltet, dass dem Gehirn nur eine begrenzte Anzahl von Reaktionsmöglichkeiten auf die theoretisch unbegrenzte Zahl von Noxen zur Verfügung steht. Damit wird jeder unmittelbare Schluss vom Symptom auf die Ursache hinfällig. Nach *Bonhoeffer* gibt es eine umschriebene Anzahl von möglichen klinischen Syndromen als Folge von organischen Störungen, die er unter dem Namen *akute exogene Reaktionstypen* beschrieben hat [Mack et al., 1994]. *Bleuler* hat 6 Grundformen psychischer Erkrankungen aufgestellt, welchen die mannigfaltigen psychopathologischen Syndrome und Zustandsbilder zugeordnet werden können [Bleuler, 1916]. Als Zuordnungskriterium kann die Angriffsebene

der sich auch auf das Seelenleben wirkenden Schädigung angesehen werden, wobei auch das *Tempo der Einwirkung* eine Rolle spielt (siehe Anhang).

Die Krise in der psychiatrischen Diagnostik

Die Heterogenität der psychiatrischen Schulen führte zu Missverständnissen in nationalen und internationalen Wissenschaftsdiskussionen, zu unterschiedlichen diagnostischen Konventionen und schliesslich zu einer Relativierung der psychiatrischen Diagnose überhaupt [Sass, 1987]. Eine Linie der Kritik beruhte auf psychodynamischen Positionen, etwa wenn Meyer betonte, der Psychiater solle sich mehr um das *Verstehen* des Patienten und seiner *Lebensgeschichte* als um die Einordnung in ein klassifikatorisches System kümmern [Meyer, 1907]. Menninger plädierte gar für die völlige *Abschaffung der Diagnose*, da sie absolut ungeeignet sei, die wesentlichen Probleme des Patienten auszudrücken [Sass, 1987]. Weiter reduziert wurde die Bedeutung der Diagnose im psychoanalytischen Kontinuum-Modell, das fließende Übergänge von der Normalität über Neurosen zu Psychosen annimmt [Angst, 1995]. Da nahezu alle diese psychischen Störungen mit analytischen Gesprächen als therapierbar galten, bestand kaum noch eine Notwendigkeit für klare diagnostische Grenzziehungen zur Begründung der Behandlungsindikation.

Eine stärker soziologisch bestimmte Kritik stellte überhaupt in Frage, ob es sich bei psychischen Störungen um Krankheiten handle, ausgenommen jene Zustände, für die organische Ursachen im Sinne des medizinischen Modells bekannt sind [Sass, 1987]. Den Sündenfall der Psychiatrie sah Sass im Übergang von der Histopathologie zur Psychopathologie. Forscher wie Kraepelin, Bleuler und Freud hätten danach lediglich die Funktion gehabt, im Auftrag der Gesellschaft die Grenzen der Medizin auf Gebiete auszuweiten, die eigentlich mit Moral oder Recht zu tun haben, um so blosse gesellschaftliche Abweichungen als Krankheiten zu behandeln.

Auf einer ähnlichen antipsychiatrischen Linie, in der die Diagnose als eine für das Individuum nachteilige Etikettierung sozialer Abweichungen mit dem Ziel der Kontrolle angesehen wird, liegen die Argumente von Laing [Davison et al., 1996]. Berühmt als quasi experimentelle Untermauerung der Diagnostikkritik wurde das Täuschungsmanöver von Rosenhan [Sass, 1987], bei dem gesunde Freiwillige sich in den USA mit der Angabe von Halluzinationen in psychiatrische Anstalten einschleusen liessen. Die Tatsache, dass sie eine Zeitlang für krank

diagnostiziert und festgehalten wurden, diente dazu, die psychiatrische Diagnose als willkürlich, unzuverlässig und von Zufälligkeiten abhängig zu brandmarken.

Neben diesen vorwiegend ideologischen antipsychiatrischen Attacken entwickelte sich Ende der 60er Jahre eine ernsthafte wissenschaftliche Kritik. Zunehmend wurden in Studien die Schwächen des diagnostischen Prozesses aufgedeckt, etwa in vergleichenden Untersuchungen durch *Beck et al.* [Beck et al., 1962], dem US-UK-diagnostischen Projekt [Sass, 1987] und in internationalen Vergleichsstudien der WHO [WHO, 1967]. Besonders dringlich wurde die Verbesserung der Diagnostik, als mit der Einführung der Elektrokrampftherapie und der Psychopharmaka wirksame, jedoch recht eingreifende Behandlungsmethoden aufkamen, die eine differentielle Indikationsstellung erforderten. Unter kritischer Anregung und Kontrolle durch die Methodenlehre der Psychologie sind seither in der psychiatrischen Diagnostik systematisch Fragen der Reliabilität, Spezifität, Sensibilität, Stabilität und Validität untersucht worden [Sass, 1987].

Die bei aller Bedeutsamkeit dieser klassifikatorischen Ansätze auftretenden diagnostischen Unklarheiten und ihre mangelnde praktische Handhabbarkeit führten schliesslich zu den ersten Ansätzen einer *operationalen* Diagnostik, etwa in den *Feighner-Kriterien* [Feighner et al., 1972] oder in den Research Diagnostic Criteria nach *Spitzer* und *Endicott* [Spitzer et al., 1975]. In Deutschland war lange Zeit das kombinierte neurologisch-psychiatrische *Würzburger Diagnosenschema* in Gebrauch bevor die ICD-6 eingeführt wurde und damit eine WHO-Klassifikation [Sass, 1987].

3. 3 Einteilungskriterien

Wie das letzte Kapitel zeigte, werden Diagnosen in der Psychiatrie unter verschiedenen, ja gegensätzlichen Gesichtspunkten eingeteilt. Das Thema ist ein interessanter, endloser, verwirrender Dauerbrenner [Angst, 1987]. Immerwährende und wiederkehrende nosologische Themata sind ätiologische versus deskriptive, vereinheitlichende versus aufsplittende, kategorische versus dimensionale Modelle sowie Extremfälle versus Grenzfälle oder Idealtypen [Mack et al., 1994].

3.3.1 Nosologische versus syndromatische Modelle

Das ultimative Ziel eines klassifikatorischen Systems ist die nosologische Einordnung von Diagnosen vor allem nach *ätiologischen* Kriterien, da die rein beschreibende Klassifikation nicht befriedigte [Mack et al., 1994]. *Kraepelin* bemühte sich nebst seinem deskriptiven System um nosologisch fundierte Diagnosen. Er forschte nach den *natürlichen Krankheits-einheiten*, die eine einheitliche Ätiologie, Symptomatik, therapeutische Ansprechbarkeit und Prognose aufweisen sollten [Dilling, 1994b]. Differenzierte ätiologische Betrachtungen finden wir auch bei *Leonhard* [Leonhard, 1975]. Kritiker äussern, dass *Leonhard* rein *spekulativ* argumentierte - sich aber immerhin jahrzehntelang auf dem Boden gewissenhafter klinischer Beobachtungen und leidenschaftlich scharfsinnigen Nachdenkens befand [Sass, 1987].

Eine psychiatrische Klassifikation nach ätiologischen Kriterien liess sich bis heute aufgrund fehlenden Wissens über die zugrundeliegenden Ursachen psychischer Störungen nicht vollständig verwirklichen [Angst, 1997]. Deshalb klassifizieren moderne Diagnosesysteme vor allem deskriptiv. So wurde beispielsweise das Neurosenkonzept nach *Freud* und *Bleuler* in der ICD-10 gegenüber dem ICD-9 wieder aufgegeben [Dilling et al., 1994a]. Die rein syndromatisch orientierte Klassifikation der ICD-10 möchte jedoch ebenfalls den Weg ebnen für einen erneuten Versuch einer ätiologischen Einordnung in der Zukunft [WHO, 1992]. Die zukünftige Methode soll jedoch nicht mehr wie zu *Kraepelins* Zeiten die Beobachtung sein, sondern die *empirische Forschung* [Mack et al., 1994].

3.3.2 Aufsplittende versus vereinheitlichende Modelle

Eine nächste offene Frage bei der Konzeption einer Klassifikation ist die *Anzahl möglicher Kategorien*. Auch hinsichtlich dieser Frage gab es, historisch gesehen, eine ständige Oszillation zwischen *vereinheitlichenden* und *aufsplittenden* Modellen. Das klassische Beispiel der vielfältigen Gliederung psychischer Erkrankungen geht auf *Kleist* und auf seinen Schüler *Leonhard* zurück [Angst, 1997]. *Leonhard* interpretierte die Vielfalt der Krankheitserscheinungen und Verläufe als Beweis für zahllose Unterformen, die scharf gegeneinander abzugrenzen seien. Die hochkomplexe Klassifikation von *Kleist* und *Leonhard* konnte sich bis heute nicht durchsetzen. *Sauvages*, der grösste Splitterer aller Zeiten, beschrieb gar 2400 Kategorien, von welchen jedoch die meisten aus diskreten Symptomen bestanden [Mack et al., 1994].

Die Mehrheit der französischen und deutschen Psychiater der vergangenen Jahrhunderte hielten jedoch die traditionelle zusammenfassende, pauschale Aufteilung in die nur vier grossen diagnostischen Kategorien *Manie*, *Melancholie*, *Wahnsinn* und *Schwachsinn* aufrecht (Mack et al., 1994). Für *Conrad* sind die zahllosen Unterformen und Typen von Psychosen ein Beweis für die *endogene Einheitspsychose* [Conrad, 1959]. Auch *Rennert* geht davon aus, dass alle *zyklothymen*, *zykloiden* - oder wie man die Zwischenformen sonst bezeichnen will - und *schizophrenen Psychosen* auf ein im wesentlichen einheitliches (universales) pathogenetisches Geschehen zurückgeführt werden können [Rennert, 1965]. Das Einheitskonzept, welches auf die endogenen Psychosen beschränkt ist, konnte sich bis heute nicht durchsetzen, obwohl es gemäss *Angst* manches für sich hat, da viele deskriptive Anhaltspunkte für ein psychotisches Kontinuum zwischen Affektivität und schizophrenen Erkrankungen sprechen [Angst, 1995].

Die heute international geltenden psychiatrischen Klassifikationssysteme ICD-10 und DSM-IV sind in ihrer Entwicklung eindeutig in Richtung weiterer Verästelungen und Differenzierungen psychiatrischer Störungen gegangen. *Hill* wies schon 1907 auf die Ausuferung neuer diagnostischer Klassen hin und sprach von einer „klassifikatorischen Manie“ der Autoren

[Angst, 1997]. *Van Praag* spricht von „Nosologo-Mania“ und weist auf die stetige Zunahme psychiatrischer Diagnosen hin: DSM-I enthielt 106, DSM-II 182, DSM-III 262, DSM-III-R 292 und DSM-IV 400 diagnostische Kategorien [Mack et al., 1994]. Die ausgeprägte Aufgliederung im ICD-10 und DSM-V geht auf die operationale Definition der Diagnosen zurück.

Die nosologische Verwirrung wird jedoch dadurch nur besser definiert, aber nicht aufgehoben [Angst, 1997].

3.4.3 Kategoriale versus dimensionale Modelle

Auch hinsichtlich *dimensionalem* oder *kategorialem* Ansatz finden wir in der Geschichte der psychiatrischen Nosologie eine immerwährende Debatte [Mack et al., 1994]. Der kategoriale Ansatz geht von diskreten Kategorien aus, die das „Vorhandensein“ oder die „Abwesenheit“ einer Störung beschreiben, beispielsweise ein Anfallsleiden oder eine paranoid-halluzinatorische Psychose. Die dimensionale Diagnostik dagegen operiert mit „mehr“ oder „weniger“, das heißt, die Grenze zwischen den einzelnen Krankheitsbildern sowie die Grenze zwischen gesund und krank ist unschärfer, wie beispielsweise bei den Persönlichkeitsstörungen [Davison et al., 1996].

Hippokrates beschrieb das hormonale Ungleichgewicht als Ursache einer psychischen Erkrankung, was als *dimensionaler* Ansatz betrachtet werden kann. Dies steht im Gegensatz zu *Plato*, der Krankheiten als *diskrete Entitäten* betrachtete [Mack et al., 1994]. Die Benützung von diskreten Kategorien wurde vor allem nach der Renaissance und der Aufklärung populär, als man postulierte, dass die Natur perfekt sei und dass gut definierbare Unterschiede zwischen allen Lebewesen und Phänomenen, wie beispielsweise psychischen Störungen, existieren [Angst, 1995].

Im 20. Jahrhundert ging die Oszillation zwischen beiden Ansätzen weiter, beginnend mit *Spearman* 1904, welcher mit der *Faktorenanalyse* einen *dimensionalen* Ansatz beschrieb [Spearman, 1904]. Die Verwendung von Zahlen anstatt Namen wurde durch die Entwicklung von akkuraten Ratingskalen und dem Aufkommen der Computer unterstützt [Mack, et al., 1994]. *Bleuler* wies unter dem Einfluss von *Kretschmer* auf das *Spektrum* von gesund und krank bezüglich „*Syntonie – Schizoidie – Schizophrenie*“ hin [Bleuler, 1929]. Er betrachtete die *Schizophrenie* symptomatisch als bloße Steigerung der *Schizoidie* ins Krankhafte [Angst, 1997].

Die heutigen modernen psychiatrischen Klassifikationssysteme DSM-IV und ICD-10 sind vor allem *kategoriale* Modelle. Die psychischen Störungen werden mit spezifischen Grenzen definiert. Solche Grenzen fehlen jedoch in der Natur, insbesondere auf den Achsen II der Persönlichkeitsstörungen, aber auch für die Achse I der psychiatrischen Erkrankung [Peters, 2003]. Die Limitationen des kategorialen Modells liegen somit in einer hohen Prävalenz von Grenzfällen, in der Notwendigkeit von Rest- und Randgruppen sowie in einer künstlichen Rate von Komorbiditäten [Sass, 1990]. Ob ein diagnostisches System nur Extremfälle miteinschliesst oder auch Störungen, die nahe dem normal-psychologischen Verhalten und Erleben liegen, hat einen grossen Einfluss auf das Konzept der Komorbidität (Mack et al., 1994).

Es gibt kein dimensionales System, das weite Akzeptanz erlangt hat. Empirische Befunde zeigen jedoch deutlich, dass ein Grossteil der pathologischen Phänomene als quantitative Varianten normaler Phänomene zu verstehen und definieren sind [Angst, 1997]. Im DSM-IV wurde ein dimensionales System von kontinuierlichen Variablen für die Persönlichkeitsstörungen übernommen [APA, 1994]. Im ICD-10 werden nicht nur qualitative Unterschiede, sondern auch *quantitative*, beispielsweise in Form des *Schweregrades* depressiver oder manischer Störungen, berücksichtigt [WHO, 1992]. Epidemiologische Arbeiten über Zwangserkrankungen, soziale Phobie, Depressionen und Hypomanien haben deutlich gezeigt, dass wir uns bei mildereren Störungen auf einem Kontinuum von pathologischen Zuständen bis hin zu normalpsychologischen Phänomenen bewegen [Angst, 1997].

3.3.4 Typologische versus operationale Modelle

Diagnosen können nach den Erfahrungen eines bestimmten *diagnostischen Typus* gestellt werden, gewissermassen nach dem Idealbild einer einmal erkannten diagnostischen Entität [Zöllner, 1980] eines bestimmten diagnostischen Bildes. Die *typologische Diagnostik* stützt sich auf charakteristische Querschnitts- und Verlaufssymptome, vor allem aber auf *typische Falldarstellungen* [Dilling, 1994a]. Die Diagnosenstellung erfolgt nach der maximalen Ähnlichkeit mit einem typischen Fall, dem Prototyp, beziehungsweise dem Prägnanztyp. So ist hier ein beträchtlicher Spielraum gegeben, welche vergleichbaren Fälle der betreffende Diagnostiker derselben Diagnose, dem von ihm verinnerlichten typischen Fall, zuordnen will.

Diagnosen können im Gegensatz dazu in *operationalisierter Form* nach Feststellung aller vorhandenen Symptome, beziehungsweise Kriterien, die in einem bestimmten zeitlichen Zusammenhang stehen, gestellt werden. In der operationalisierten Form werden die einzelnen diagnostischen Schritte auch für andere Personen nachvollziehbar [WHO, 1992].

Typologische Diagnostik und operationale Diagnostik unterscheiden sich also in Bezug auf den diagnostischen Weg: Auch bei der operationalen Diagnostik gibt es Prototypen, die den Idealtypen entsprechen, und die dementsprechend sämtliche geforderten Kriterien erfüllen müssen. Die Anzahl der erfüllten Kriterien kann somit als Indikator für die Prototypizität einer Symptomenkonstellation angesehen werden [Dilling, 1998].

Die geistesgeschichtliche Entwicklung dieser gegensätzlichen Seiten von Diagnostik, auf der einen Seite das Krankheitsbild als typisch deutsche Sicht, auf der anderen die Krankheitskriterien als Resultat pragmatischen Denkens im angloamerikanischen Raum, ist von Peters (1994) ausführlich dargestellt worden [Dilling, 1998].

Als typische operationale Systeme sind die modernen Klassifikationssysteme ICD-10 und DSM-III sowie DSM-IV zu nennen. Die Vorläufer dieser Klassifikationssysteme basierten auf einer typologischen Klassifikation.

3.3.5 Hierarchische versus mehrdimensionale Modelle

Die *hierarchischen* Klassifikationen gehen ursprünglich auf *Jaspers* (1913) zurück und spielen noch heute in der *britischen Psychiatrie* eine wesentliche Rolle [Angst, 1997].

Die hierarchischen Modelle stehen im Gegensatz zu den deskriptiven Klassifikationssystemen DSM-IV und ICD-10 und halten beispielsweise an einem allgemeinen neurotischen Syndrom fest, welches eine Einheitlichkeit von ängstlichen und depressiven Störungen nahe legt [Mack et al., 1994]. Hierarchische Modelle laufen Gefahr, die systematische Beschreibung eines Krankheitsbildes zu vernachlässigen [Angst, 1997].

Die *mehrdimensionale, multiaxiale* Diagnostik geht auf Essen-Möller & Wohlfahrt (1947), Stengel (1959), Essen-Möller (1971), Ottosson & Perris (1973), Rutter et al. (1975), Mezzich (1979) und Helmchen (1980) zurück [Angst, 1997]. Es handelt sich dabei um eine deskriptive multiaxiale Beschreibung der Fälle, ausgehend von der Psychopathologie mit beispielsweise Vermutungen über die Ätiologie, Beschreibungen des Krankheitsverlaufs, der sozialen Folgen, des Schweregrades, mit Einbezug von Persönlichkeitsdiagnosen oder –dimensionen und der Intelligenz. Der Patient wird auf diese Weise möglichst vollständig beschrieben.

Sowohl DSM-IV als auch ICD-10 enthalten eine multiaxiale Diagnostik, hierarchische Konzepte sind dagegen im Schwinden, was sich auch in einer Reduktion von Ausschlusskriterien in den neueren Versionen der DSM manifestiert [APA, 1994].

4 INTERNATIONALE KLASSIFIKATIONEN

4.1 Die Bedeutung der statistischen Klassifikation

Wie vorausgehend erwähnt, kann eine Klassifikation der Krankheiten als eine Systematik von Krankheitsgruppen angesehen werden, welcher Krankheitsbilder nach feststehenden Kriterien zugeordnet werden. Für die *Struktur einer Klassifikation* und somit für die *Auswahl der Kriterien* gibt es mehrere Gesichtspunkte. Die jeweils gewählte Struktur ist von den *Interessen des Untersuchenden* bestimmt [WHO, 1992]. Der Anatom hätte beispielsweise gerne eine Klassifikation, die vom betroffenen Körperteil ausgeht, während der Pathologe in erster Linie an der Natur des Krankheitsprozesses, der Praktiker an der Ätiologie und der Kliniker an der besonderen Manifestation, die seine Behandlung erfordert, interessiert ist.

Eine *statistische Klassifikation* der Krankheiten muss einerseits den Bedürfnissen der bevölkerungsstatistischen Ämter, der Krankenhäuser, des Militärsanitätswesens, der Sozialversicherung, der Gesundheitsämter und zahlreicher anderer Einrichtungen angepasst sein. [WHO, 1992]. Die verschiedenen Bedürfnisse erzeugen einen gewissen *Interessenkonflikt*, sodass die Bemühungen, eine logisch einwandfreie statistische Klassifikation mit nur einer Achse aufzustellen, bislang gescheitert sind. Die verschiedenen Hauptgruppen stellen deshalb immer einen notwendigen *Kompromiss* dar zwischen einer Klassifikation nach der Ätiologie, der Lokalisation der pathologischen Veränderung, den Umständen des ersten Auftretens der Krankheit und der Qualität der verfügbaren ärztlichen Angaben.

Eine Hauptfunktion im Gesundheitswesen liegt in der nationalen und internationalen Erfassung von epidemiologischen Daten wie *Morbiditäten* und *Mortalitäten* [WHO, 1986]. *Einheitliche Definitionen* und *standardisierte Klassifikationen* sind somit fundamental für die quantitative Erforschung jedes Phänomens. Sie sind die Basis der wissenschaftlichen Verallgemeinerung und stellen somit ein wesentliches Element der statistischen Methodologie dar.

Die *statistische Gruppenbildung* muss sich mit einer *begrenzten Anzahl von Gruppen* begnügen - diese allerdings müssen die gesamte Spannweite der krankhaften Zustände um-

fassen und so ausgewählt sein, dass sie die statistische Untersuchung von Krankheitsercheinungen auch wirklich erleichtern. Ein spezifisches Krankheitsbild soll in diesem System nur dann einen eigenen Platz einnehmen, wenn seine Häufigkeit oder Bedeutung als Krankheitszustand die Herausstellung als eine eigene Gruppe rechtfertigt [WHO, 1992]. Auf der anderen Seite wird eine nicht geringe Zahl von Schlüssel-Nummern Krankheitszustände bezeichnen, die zwar voneinander *abzugrenzen*, im allgemeinen aber doch verwandt sind [WHO, 1992]. In einem derartigen Verzeichnis müssen für eine Reihe von Leiden, die nicht in eine spezifische Gruppe eingereiht werden können, *Restschlüssel-Nummern* zur Verfügung stehen, wobei darauf geachtet werden muss, dass diese Sammelgruppen auf eine Mindestzahl beschränkt bleiben.

Die Gruppenbildung unterscheidet eine statistische Klassifikation von einer *Nomenklatur*. Die Nomenklatur ist ein Verzeichnis oder ein Katalog anerkannter Fachwörter für krankhafte Zustände, die sehr detailliert sein müssen, um alle pathologischen Zustände erfassen zu können [Peters, 1999]. Gleichwohl haben die Konzeptionen von Klassifikation und Nomenklatur insofern eine enge Beziehung zueinander, als einige Klassifikationen - beispielsweise in der Zoologie - so tief gegliedert sind, dass sie gleichzeitig Nomenklaturen sind. Solche Klassifikationen sind im allgemeinen jedoch für statistische Analysen ungeeignet.

4.2 Die Entwicklung der internationalen statistischen Klassifikation

Die Entwicklung psychiatrischer Diagnosesysteme hat eine lange Tradition. Die im Laufe des 19. und auch noch des 20. Jahrhunderts entstandenen Klassifikationen abweichenden Verhaltens waren jedoch sehr *uneinheitlich* – ein Problem, dessen Ausmass man sich Ende des 19. Jahrhunderts bewusst wurde und das die Kommunikation zwischen den Fachleuten erheblich behinderte [Davidson et al., 1996].

Die Anfänge der *systematischen Klassifikation von Krankheiten* gehen bis ins 18. Jahrhundert zurück. Den ersten Versuch einer systematischen Einteilung von Krankheiten in Klassen machte *de Lacroix* - besser bekannt unter dem Namen *Sauvages* - in seiner umfangreichen Schrift *Nosologia Methodica* [WHO, 1948]. Sein Zeitgenosse, der grosse Systematiker *Linneau*, gab über den gleichen Gegenstand eine Abhandlung mit dem Titel *Generam orborum* heraus [Mack et al., 1994].

Bahnbrechend für die *statistische Untersuchung* von Krankheiten war *Graunt*, der bereits im 18. Jahrhundert an den *London Bills of Mortality* arbeitete [WHO, 1948]. Er versuchte, aufgrund der damals dürftigen Unterlagen der Gesundheitsstatistik, den Anteil der Kinder zu schätzen, die vor dem 6. Lebensjahr starben, wobei ihm keinerlei Unterlagen über das Alter der Kinder bei ihrem Tode zur Verfügung standen.

Zu Beginn des 19. Jahrhunderts war die am meisten benutzte Klassifikation der Krankheiten die im Jahre 1785 in Edinburg von *Cullen* herausgegebene *Synopsis Nosologiae Methodicae* [WHO, 1957]. Als *Farr* im Jahr 1837 sein Amt als *erster Gesundheitsstatistiker* beim neu gegründeten *Statistischen Amt für England und Wales* antrat, überarbeitete er die von *Cullen* ausgearbeitete Klassifikation.

Der *1. internationale Kongress* der verschiedenen nationalen statistischen Ämter fand 1853 in Brüssel statt [WHO, 1948]. Ziel dieses Kongresses war die internationale Vereinheitlichung der Gesundheitsstatistik. Dieser Kongress beauftragte *Farr* und *d'Espigne* aus Genf zur Ausarbeitung einer einheitlichen, allgemein anwendbaren *Nomenklatur der Todesursachen*. Diese beiden Gesundheitsstatistiker legten dem nächsten internationalen Kongress, der 1855 in Paris stattfand, zwei voneinander verschiedene Verzeichnisse vor, die von verschiedenen Grundsätzen ausgingen. *Farrs* System wies 5 Krankheitsgruppen auf: epidemische

Krankheiten, konstitutionelle (allgemeine) Krankheiten, lokalisierte Krankheiten, deren Anordnung sich nach dem anatomischen Sitz des Prozesses richtete, Entwicklungskrankheiten und Krankheitszustände, die durch Gewalteinwirkung hervorgerufen waren [WHO, 1948]. D'Espine ging so vor, dass er die Krankheiten nach der Natur des Krankheitsprozesses einordnete: gichtisch, mit Herpes einhergehend oder durch das Blut hervorgerufene Krankheiten.

Der Kongress akzeptierte die Annahme eines Verzeichnisses mit 139 Krankheitsgruppen, das einen Kompromiss zwischen beiden Auffassungen darstellte. Obwohl diese Klassifikation nie ganz anerkannt wurde, hat sich ihre Anordnung einschliesslich dem Prinzip der Einteilung nach der Lokalisation doch insofern durchgesetzt, als sie die *Grundlage des Internationalen Todesursachenverzeichnisses* wurde [WHO, 1948].

Im Jahr 1891 wurde anlässlich einer Tagung des internationalen Statistiker-Kongresses in Wien ein *Internationales Statistisches Institut* unter dem Vorsitz von Bertillon - des Direktors des *Statistischen Amtes* von Paris - gegründet [WHO, 1948]. *Bertillon* legte auf der nachfolgenden Tagung des Internationalen Statistischen Instituts in Chicago im Jahre 1893 ein *systematisches statistisches Todesursachenverzeichnis* vor. *Bertillons* Klassifikation baute auf dem Todesursachenverzeichnis der Stadt Paris auf, das seit seiner Neuauflage im Jahr 1885 eine Synthese der englischen, deutschen und schweizerischen Systeme war. Als Grundlage diente das *Farrsche* Prinzip der Unterscheidung zwischen Allgemeinkrankheiten und lokalisierten Organerkrankungen. Die *Bertillonsche Klassifikation der Todesursachen*, wie sie zuerst genannt wurde, fand allgemeine Anerkennung und wurde in mehreren Städten und Ländern eingeführt [WHO, 1948].

Anlässlich der Tagung des *Internationalen Statistischen Instituts* in Oslo im Jahr 1899 wurde die Empfehlung der Amerikanischen Gesellschaft für das öffentliche Gesundheitswesen berücksichtigt, dass alle 10 Jahre eine Überprüfung und Verbesserung des Werkes stattfinden sollte [WHO, 1992]. In Befolgung dieser Richtlinien berief die französische Regierung im August 1900 die *1. Internationale Konferenz zur Überarbeitung des Bertillonschen oder Internationalen Todesursachenverzeichnisses* nach Paris, wo Delegierte aus 26 Ländern zusammenkamen. *Bertillon* sandte das Verzeichnis zur weiteren Überarbeitung für die Tagung von 1920 vorgängig an mehr als 500 internationale Persönlichkeiten zur Durchsicht. Als er im Jahre 1922 starb, verlor die Internationale Konferenz die leitende Hand [WHO, 1992].

In der Folge interessierte sich die Gesundheitsorganisation des *Völkerbundes* vermehrt für die internationale Bevölkerungsstatistik und ernannte einen Fachausschuss, der die Klassifizierung der Krankheiten und Todesursachen zusammen mit anderen Problemen der Gesundheitsstatistik studieren sollte [WHO, 1992]. Dieser Fachausschuss veröffentlichte im Jahr 1928 eine Monographie von *Roesle*, dem Leiter der Gesundheitsstatistik der deutschen Gesundheitsbehörde. Darin waren notwendige Erweiterungen des Todesursachenverzeichnisses festgehalten, für den Fall, dass dieses Verzeichnis auch für die Morbiditätsstatistik benutzt werden sollte [WHO, 1992].

Das *Internationale Statistische Institut* und die *Gesundheitsorganisation des Völkerbundes* gründeten zur Gleichschaltung der beiden Organisationen einen internationalen Ausschuss unter dem Namen *Mixed Commission* [WHO, 1992]. Dieser Ausschuss entwarf auch die Vorschläge für die 4. (1929) und die 5. (1938) *Revision des Internationalen Todesursachenverzeichnisses* [WHO, 1992]. Die WHO hat diese Systematik bei der 6. Revision im April 1948 auf alle medizinischen Krankheiten und Verletzungen ausgedehnt [WHO, 1948].

4.3 Revisionen der Internationalen Statistischen Klassifikation der WHO

Zusammenfassend ein kurzer Überblick über die Chronologie der verschiedenen Revisionen des Todesursachenverzeichnisses, beziehungsweise der Klassifikation von Krankheiten, Verletzungen und Todesursachen:

- 1893 1. Internationales Todesursachenverzeichnis
- 1899 2. Version des internationalen Todesursachenverzeichnisses
- 1920 3. Version des internationalen Todesursachenverzeichnisses
- 1929 4. Version des internationalen Todesursachenverzeichnisses
- 1938 5. Version des internationalen Todesursachenverzeichnisses

- 1948 6. Version der internationalen statistischen Klassifikation der Krankheiten, Verletzungen und Todesursachen ICD-6 (WHO)
- 1955 7. Version der internationalen statistischen Klassifikation der Krankheiten, Verletzungen und Todesursachen, ICD-7 (WHO)
- 1965 8. Version der internationalen statistischen Klassifikation der Krankheiten, Verletzungen und Todesursachen, ICD-8 (WHO)
- 1977 9. Version der internationalen statistischen Klassifikation der Krankheiten, Verletzungen und Todesursachen, ICD-9 (WHO)
- 1992 10. Version der internationalen statistischen Klassifikation der Krankheiten, Verletzungen und Todesursachen, ICD-10 (WHO)

Die *Internationale Statistische Klassifikationen der Krankheiten, Verletzungen und Todesursachen ICD* (International Classification of Diseases, Injuries and Causes of Death) der Weltgesundheitsorganisation WHO umfasst sämtlich bekannte medizinische Diagnosen und besteht aus mehreren Bänden.

Die aktuelle 10. Version wird in folgende Kapitel gegliedert [WHO, 1992]:

Kapitel I	bestimmte infektiöse und parasitäre Krankheiten	(A00 - B 99)
Kapitel II	Neubildungen	(C00-D48)
Kapitel III	Krankheiten des Blutes und der blutbildenden Organe sowie bestimmte Störungen mit Beteiligung des Immunsystems	(D49-D99)
Kapitel IV	endokrine, Ernährungs- und Stoffwechselerkrankungen	(E00-E90)

Kapitel V	psychische Störungen	(F0-F9)
Kapitel VI	Krankheiten des Nervensystems	(G00-G99)
Kapitel VII	Krankheiten des Auges und der Augenanhängegebilde	(H00-H59)
Kapitel VIII	Krankheiten des Ohres und des Mastoids	(H60 - H95)
Kapitel IX	Krankheiten des Kreislaufsystems	(I00-I99)
Kapitel X	Krankheiten des respiratorischen Systems	(J00-J99)
Kapitel XI	Krankheiten des Verdauungssystems	(K00-K93)
Kapitel XII	Krankheiten der Kutis und der Subkutis	(L00-L99)
Kapitel XIII	Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems /Bindegewebes	(M00-M99)
Kapitel XIV	Krankheiten des Urogenitalsystems	(N00-N99)
Kapitel XV	Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett	(O00-O99)
Kapitel XVII	angeborene Missbildungen, Deformitäten und Chromosomenaberrationen	(Q00-Q99)
Kapitel XVIII	Symptome, Zeichen und abnorme klinische und Laborbefunde, nicht andernorts klassifiziert	(R00-R99)
Kapitel XIX	Verletzungen, Vergiftungen und sonstige Folgen äußerer Ursachen	(S00-T98)
Kapitel XX	Äussere Ursachen für Morbidität und Mortalität	(V01-Y98)
Kapitel XXI	Faktoren, die den Gesundheitszustand beeinflussen und zur Inanspruchnahme von Gesundheitsdiensten führen	(Z00-Z99)

Die im Folgenden erwähnte *ICD* meint immer *ICD, Kapitel V (F) psychische Störungen*.

Das Kapitel V(F) psychische Störungen wurde erst mit der 6. Version der ICD aufgenommen. In den Tabellen im Anhang wird die Entwicklung des Kapitels V (F) psychische Störungen von der 6. bis zur 10. Revision der ICD dargestellt - im besonderen die ehemals genannten „Psychosen“ und „Psychoneurotischen Störungen“. Die Darstellung der 7. Version der ICD ist in dieser Arbeit im Anhang nicht notwendig, da sich keinerlei diagnostische Veränderungen im Kapitel V (psychische Störungen) gegenüber der 6. Version zeigten. Sie wurde deshalb aus Platzgründen weggelassen.

4.3.1 Die 6. Revision der Internationalen statistischen Klassifikation der Krankheiten, Verletzungen und Todesursachen (ICD-6)

4.3.1.1 Entwicklung und Anerkennung

Für die 6. Revision des Todesursachenverzeichnisses übernahm die Weltgesundheitsorganisation WHO die Verantwortung. Sie erweiterte das internationale Todesursachenverzeichnis im Jahr 1948 zur *International Statistical Classification of Diseases, Injuries and Causes of Death ICD* (Internationalen Statistischen Klassifikation der Krankheiten, Verletzungen und Todesursachen). Zum ersten Mal wurde damit eine umfassende Nosologie für den Gesamtbereich der Krankheiten, einschliesslich einer Klassifikation psychischer Krankheiten, vorgelegt [WHO, 1948].

Die ICD-6 bezeichnete den Beginn eines neuen Abschnitts in der Geschichte der internationalen Zusammenarbeit. Die Internationale Konferenz zur ICD-6 billigte nicht nur ein umfassendes Verzeichnis der Todesursachen und Krankheiten, sondern empfahl auch die Annahme eines Programms der internationalen Zusammenarbeit auf dem Gebiete der Bevölkerungs- und Gesundheitsstatistik. Ziel der WHO war es einerseits, ein Manual für statistische Zwecke zur Verfügung zu stellen, andererseits einen gemeinsamen Informationspool zu schaffen, von dem auch die Forschung profitieren konnte. Zum Zwecke der Koordination aller statistischen Untersuchungen in den einzelnen Staaten und als Bindeglied zwischen den nationalen statistischen Einrichtungen wurden nationale Ausschüsse der WHO gegründet.

Die ICD-6 fand eine breite Anwendung zur Verschlüsselung von Krankheiten, zum Wiederauffinden von Krankenblättern, für Statistiken zur Planung, Überwachung und Erfolgskontrolle von Gesundheitsdiensten - ganz unabhängig von ihrer traditionellen Verwendung in der Epidemiologie. Für den Bereich der psychischen Krankheiten blieb jedoch die Anerkennung aus. Der Grund für die geringe Akzeptanz im klinischen Bereich lag unter anderem in unterschiedlichen Annahmen hinsichtlich ätiologischer Konzepte einzelner Störungsgruppen sowie mangelhafter Definitionen und Beschreibungen einzelner Erkrankungen.

4.3.1.2 Diagnostische Kategorien

Die diagnostischen Kategorien der psychischen Störungen, Kapitel V der ICD-6, werden in der Tabelle im Anhang dargestellt. Sie werden dreistellig - mit einer vierten Kodierungsstelle zur Bezeichnung von Unterkategorien - verschlüsselt. Die Grundlage der diagnostischen Kategorien - das zugehörige Verhalten, beziehungsweise die Symptome - werden nicht spezifiziert. Dabei handelt es sich um folgende Gruppenbildungen:

Psychosen (300 - 309)

Schizophrenien (Dementia praecox)	300
Manisch depressive Reaktion	301 - 302
Parananoide Zustände	303
Präsenile Demenz	304
Senile Demenz	305
Psychosen mit cerebraler Arteriosklerose	306
Alkoholpsychosen	307
Psychosen anderer Ätiologie	308
Andere und unspezifische Psychosen	309

Psychoneurotische Störungen (310 - 318)

Angst-Reaktion ohne somatische Symptomatik	310
Hysterische Reaktion ohne Angstsymptome	311
Phobische Reaktion	312
Obsessive-kompulsive Reaktion	313
Neurotisch-depressive Reaktion	314
Psychoneurose mit somatischer Symptomatik	315 - 317
Andere	318

Charakter- und Verhaltensstörungen (320 - 326)

Pathologische Persönlichkeit	320
Unreife Persönlichkeit	321
Alkoholismus	322
Drogenabhängigkeit	323
Verhaltensstörungen der frühen Kindheit	324
Mentale Defizienz	325
Andere	326

Die ICD-6 enthält 10 Kategorien für Psychosen, 9 Kategorien für Psychoneurosen und 7 Kategorien für Charakterstörungen, Verhaltensstörungen und Störungen der Intelligenz.

Bei der *Schizophrenie* (*dementia praecox*) handelt es sich um den klassischen, auf *Bleuler* zurückgehenden, deskriptiven Typenbegriff, ein auf charakteristischen Störungen elementarer psychischer Funktionen aufbauender und ein gewisses Mass der Ausprägung (Psychose) erfordernder Schizophreniebegriff. Dieser Begriff findet Anwendung, wenn körperliche Begründbarkeit der Störungen nicht gegeben ist oder wenn schizophrene über affektive Symptome in ihrer klassifikatorischen Kraft dominieren. Er bleibt zutreffend, wenn seine Kriterien je vorhanden waren. Verlaufstypologische beziehungsweise ätiopathogenetische Überlegungen gehen über den Ausschluss körperlicher Ursachen hinaus nicht in diesen Begriff ein. [Scharfetter, 1996].

Mit der 4. Stelle werden *Untergruppen* angegeben. Ihre Verwendung ist durch die Angabe von ähnlichen Begriffen erleichtert, die zu einer Untergruppe gehören oder auszuschliessen sind. Das hat vor allem Bedeutung hinsichtlich der Abgrenzung der *paranoiden Schizophrenie* (300.3) von anderen *paranoiden Psychosen* (303), beziehungsweise der *latenten Schizophrenie* (300.5) von der *schizoiden Psychopathie* (320.0). In der Beschreibung der Untergruppen kommen auch andere als symptomatologische Kriterien vor, vor allem solche, die den zeitlichen Ablauf betreffen, sei es hinsichtlich der Form des Erkrankungsbeginns, des weiteren Verlaufs oder hinsichtlich eines Prädilektionsalters:

300.0 Schizophrenia simplex	schleichende Entwicklung
300.1 Hebephrene Form	Beginn meist zwischen 15. und 25. Lebensjahr
300.3 Paranoide Form	relativ dauerhaft
300.4 Akute schizophrene Reaktion	akutes Auftreten, Rückbildung meist innerhalb von Wochen oder Monaten
300.5 Latente schiz./Restzustand	chronische Form nach akuten Psychosen
295.7 Schizoaffektive Psychose	Rückbildung ohne Dauerdefekt

Verlaufstypische Hinweise werden aber nicht systematisch gegeben. Vielmehr sind alle Untergruppen *syndromatologisch*. Dies gilt auch für *akute schizophrene Reaktion* (300.4), in deren Beschreibung zwar Verlaufsmerkmale vorkommen (akutes Auftreten, Rückbildung), die aber vor allem durch ihr Erscheinungsbild im psychopathologischen Querschnitt gekennzeichnet ist.

Auch für die *manisch-depressiven Reaktionen* (301 - 203) gelten die für alle Formen von Psychosen geforderten Kriterien. Die Kategorien der manisch-depressiven Reaktionen werden nicht nur im Hinblick auf ihren typischen psychopathologischen *Querschnitt*, sondern auch im Hinblick auf ihren typischen *Verlauf* beschrieben. Im Hinweis „*zirkulär*“ (301.1) wird die *Bipolarität* sowie die Episodenhaftigkeit angesprochen. Das dominierende Kriterium ist daher die *Polarität*, das heisst *bipolar* (.0) versus *monopolar* (.1).

Aus dieser zusammenfassenden Beschreibung ist die logische Struktur der Kriterien der 6. Revision der ICD für die manisch-depressiven Reaktionen schon deutlich hervorgetreten. Weit mehr als bei den Schizophreniekriterien handelt es sich um multiaxiale Kriterien, die zueinander in einem hierarchischen Verhältnis stehen, nämlich: Kriterien auf einer Intensitätsachse (Psychose), einer symptomatologischen Achse allgemeiner Art (Affektstörung) und der Zeitachse (episodischer, allenfalls rezidivierender Verlauf). In der Differenzierung mit Hilfe der 4. Stelle dominiert dann das Polaritätskriterium (monopolar versus bipolar/zirkulär) über symptomatologische (Depression versus Manie) Kriterien.

Symptomatologische Schizophreniekriterien neben den Kriterien für affektive Psychosen schliessen eine Klassifikation bei den affektiven Störungen aus. Solche Erkrankungen sind den Schizophrenien zugeordnet (*schizoaffektive Psychosen*, 300.6).

Die Begriffe der affektiven Psychosen in der ICD-8 spiegeln die Lehre von den affektiven Psychosen in der Entstehungszeit dieses Klassifikationsschemas wider. Das wird vor allem in der hohen Bewertung des Polaritätskriteriums und des Ersterkrankungsalters zur Differenzierung der depressiven Formen - was erscheinungsbildliche Merkmale betrifft - und in dem starren Endogenitätspostulat deutlich. Damit sind auch schon Aussagen über die zweckbezogene Brauchbarkeit getroffen: Erfasst werden können unter den genannten Gesichtspunkten nur Störungen in einem begrenzten Bereich. Man wird daher damit rechnen müssen, dass mit diesen Begriffen verhältnismässig viele Probanden ausgeschlossen bleiben, obwohl sie in wichtigen Merkmalen mit den erfassten Probanden übereinstimmen.

4.3.2 Die 7. Revision der Internationalen Statistischen Klassifikation der Krankheiten, Verletzungen und Todesursachen (ICD-7)

4.3.2.1 Entwicklung und Anerkennung

Die Internationale Konferenz der WHO zur 7. Revision der ICD fand im Jahre 1955 in Paris statt. Diese Revision beschränkte sich auf die Berichterstattung von Unstimmigkeiten, im Manual wurden keine Veränderungen vorgenommen [WHO, 1957].

4.3.2.2 Diagnostische Kategorien

Die Grundstruktur der Klassifikation, alle diagnostischen Kategorien sowie das allgemeine Prinzip, die Krankheiten nach ihrer Ätiologie und nicht nach ihrer besonderen Manifestation zu klassifizieren, blieben gegenüber der ICD-6 unverändert. Die diagnostischen Kategorien von ICD-7 werden somit aus Platzgründen in der Tabelle im Anhang nicht dargestellt.

4.3.3 Die 8. Revision der Internationalen Statistischen Klassifikation der Krankheiten, Verletzungen und Todesursachen(ICD-8)

4.3.3.1 Entwicklung und Anerkennung

Die 8. Revision der ICD wurde 1969 veröffentlicht. Bei dieser Revision wurden zwar mehr Änderungen vorgenommen als bei der 7. Revision, aber die Grundstruktur der Klassifikation und das allgemeine Prinzip, die Krankheiten nach ihrer Ätiologie und nicht nach ihrer besonderen Manifestation zu klassifizieren, blieben unverändert [WHO, 1965].

Bei der ICD-8 handelt es sich ebenso wie bei ihren Vorgängern um eine Auflistung diagnostischer Kategorien, deren dazugehörenden Symptome weiterhin nicht spezifiziert werden. Im Unterschied zur ICD-7 wurde jedoch parallel zur 8. Revision ein Glossar der

psychiatrischen Erkrankungen, das den Inhalt der Rubriken des Kapitels V (psychiatrische Krankheiten) beschreibt und definiert, veröffentlicht.

4.3.3.2 Diagnostische Kategorien

Die diagnostischen Kategorien der psychischen Störungen der ICD-8 werden in der Tabelle im Anhang dargestellt. Die psychischen Krankheiten werden dreistellig - mit einer vierten Kodierungsstelle zur Bezeichnung von Unterkategorien - verschlüsselt. Dabei handelt es sich um folgende Gruppenbildungen:

Psychosen (290 - 299)

Senile und präsenile Psychosen (Demenz)	290
Alkoholpsychosen	291
Psychosen bei intrakranieller Infektion	292
Psychosen mit anderen cerebralen Erkrankungen	293
Psychosen bei anderen Körperkrankheiten	294
Schizophrenien	295
Affektive Psychosen	296
Paranoide Zustände	297
Andere	298
Unspezifische	299

Neurosen (300)

Angst-Neurose	300.0
Hysterische Neurose	300.1
Phobische Neurose	300.2
Obsessive-kompulsive Neurose	300.3
Depressive Neurose	300.4
Neurasthenie	300.5
Depersonalisationssyndrom	300.6
Hypochondrische Neurose	300.7
Andere	300.8
Spezifische	300.9

Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen (301 - 305)	
Persönlichkeitsstörungen	301
Sexualabweichungen	302
Alkoholstörungen	303
Drogenabhängigkeiten	304
Körperliche Störungen mit vorwiegend psychischem Ursprung	305

Veränderungen von der ICD-8 gegenüber der ICD-6 (beziehungsweise ICD-7) liegen einerseits in den folgenden neu aufgenommenen diagnostische Kategorien:

Psychosen	
295.4 Akute schizophrene Episode	akutes Auftreten, Rückbildung meist innerhalb von Wochen oder Monaten
295.6 Residuale Schizophrenie	chronische Form nach akuten Psychose

Die *akute schizophrene Reaktion* (300.4) der ICD-6 wird in der ICD-8 neu unter der *unspezifischen Schizophrenie* (295.9) eingeordnet. Neu wird in der ICD-8 die Kategorie *akute schizophrene Episode* (295.4) gebildet. Ebenfalls werden in der ICD-8 zwei einzelne Kategorien gebildet für die *latente Schizophrenie* (295.5) und die *residuale Schizophrenie* (295.6). In der ICD-6 wird der schizophrene Restzustand unter der Kategorie *latente Schizophrenie* (300.5) genannt.

Die *Schizophrenie* (295) steht auch in der ICD-8 in der Reihe der Psychosen, das heisst von Erkrankungen, in denen die Beeinträchtigung der psychischen Funktionen ein so grosses Ausmass erreicht hat, dass dadurch die Einsicht und Fähigkeit, einigen der üblichen Lebensanforderungen zu entsprechen oder der Realitätsbezug erheblich gestört sind. Dabei handelt es sich wie bei der ICD-6 um den klassischen, auf Bleuler zurückgehenden, deskriptiven Typenbegriff.

Die in der ICD-6 genannten *manisch-depressiven Reaktionen* (301-302) werden in der ICD-8 als *affektive Psychosen* aufgeführt (296). Sie werden auch in der ICD-8 nicht nur im Hinblick auf ihren typischen psychopathologischen *Querschnitt*, sondern auch im Hinblick auf ihren

typischen *Verlauf* beschrieben. Im Hinweis auf „häufig sich wiederholende Psychosen“ wird die *Episodenhaftigkeit* des Verlaufs nur implizit in der Erwähnung des Rezidivierens (das ja Remission der vorausgehenden Episode voraussetzt) angesprochen. Mit der 4. Stelle der Ordnungsnummer werden 4 bestimmte Formen von affektiven Psychosen unterschieden. Bei dieser Unterscheidung finden viererlei Kriterien Anwendung, nämlich:

296.0 Involutionsdepression	Symptomatologie: Depression Erkrankungsalter: Erstmanifestation nach 45. Lebensjahr Monopolar
296.1 Manie	Symptomatologie: Manie Monopolar
296.2 Depression	Symptomatologie: Depression Erkrankungsalter: Erstmanifestation vor 45. Lebensjahr Monopolar
296.3 Zirkuläre Verlaufsform	Bipolarität rezidivierende Phasen unter Vernachlässigung des aktuellen Querschnitts

Das dominierende Kriterium ist die *Polarität*, das heisst *monopolar* (.0 bis .2) versus *bipolar* (.3). *Symptomatologische Typen* können hingegen nur innerhalb der *monopolaren Formen* unterschieden werden, das heisst zwischen *Depression* (.0 und .2) versus *Manie* (.1), wobei bei den Depressionen zusätzlich nach dem Erkrankungsalter weiter differenziert wird.

Die Anwendung des vorerst quantitativ bestimmten allgemeinen Psychosebegriffs der ICD-8 bewirkt zwei wichtige Abgrenzungen: Einerseits die im Glossar definierte Abgrenzung der endogenen Depression durch ihren Schweregrad (Wahnideen) von den depressiven *Neurosen* (300.4), andererseits den Ausschluss kurzer und wenig intensiver manischer und depressiver Schwankungen nach depressiven oder manischen Psychosen als Kriterium der *Bipolarität*. Das allgemeine Psychosenkriterium dominiert somit das Polaritätskriterium.

Ätiologische Kriterien (Stress) und Intensitätskriterien dienen zum Ausschluss reaktiver affektiver Psychosen, das heisst der *reaktiven depressiven Psychose* (298.0), des reaktiven

Erregungszustandes und der *reaktiven Manie* (298.1) und vor allem der *depressiven Neurose/neurotischen Depression* (300.4).

Veränderungen in den Psychoneurosen:

In der ICD-6 werden die neurotischen Störungen unter der Gruppe *psychoneurotische Störungen* (310-318), in der ICD-8 unter *Neurosen* (300) eingeordnet. In der ICD-6 wurde durchgängig von „*Reaktion*“ gesprochen (neurotisch-depressive Reaktion, Angst-Reaktion, etc.), in der ICD-8 wird von Neurose oder Zustand gesprochen (z. B. von der depressiven Neurose, oder vom neurotisch-depressiven Zustand). Die Kategorie *Psychoneurose mit somatischer Symptomatik* (315-317) wurde in der ICD-8 in die Kategorie *Psychogene körperliche Störungen* (305) umbenannt und umfasst funktionelle körperliche Störungen wie *Herzneurose*. Alle psychoneurotischen Konzepte der ICD-6 blieben in der ICD-8 erhalten, zum Teil jedoch terminologisch leicht verändert, beispielsweise von der *asthenischen Reaktion* (ICD-6, 318.3) zur *Neurasthenie* (ICD-8, 300.5). In ICD-8 findet sich neu die Diagnose *Schreibkrampf*.

Veränderungen bei den Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen:

Die ICD-6 formulierte 6 Kategorien in der Störungsgruppe *Charakter- und Verhaltensstörungen* (320-326): die *pathologische Persönlichkeit* (320), die *unreife Persönlichkeit* (321), *Alkoholismus* (322), *Drogenabhängigkeit* (323), *Verhaltensstörungen der frühen Kindheit* (324), *geistige Beeinträchtigung* (325) und *andere/unspezifische* (326). Die ICD-8 verändert den Terminus dieser Störungsgruppe in *Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen*.

Die einzelnen diagnostischen Kategorien werden in dieser Störungsgruppe leicht anders eingeordnet: In der ICD-6 fallen die *Sexualabweichungen* (320.6) unter die pathologische Persönlichkeit (320). In der ICD-8 bilden die *Sexualabweichungen* (302) eine eigene Kategorie. Zudem unterscheidet die ICD-8 nicht wie die ICD-6 zwischen *pathologischer Persönlichkeit* (320) und *unreifer Persönlichkeit* (321), sondern kennt verschiedene Subtypen der Persönlichkeitsstörung. Die *zyklothyme* Persönlichkeit der ICD-6 (320.2) wird in der ICD-8 zur affektiven Persönlichkeitsstörung mit den Ausprägungen *zyklotym*, *hyperthym* oder *hypothym*. Die Diagnose *Aggressivität* der ICD-6 (321.2 *unreife Persönlichkeit*) wird in der ICD-8 zur

explosiven Persönlichkeitsstörung (301.3), die *inadäquate Persönlichkeit* der ICD-6 (320.3) sowie die *passive Dependenz* (321.1) wird in der ICD-8 zur *asthenischen Persönlichkeitsstörung* (301.6). Neu aufgenommen werden in der ICD-8 die Persönlichkeits-konzepte *hysterische, labile Persönlichkeit* (301.5) sowie die *anankastische Persönlichkeit* (301.4). Die beiden Diagnosen *antisoziale Persönlichkeit (320.4 konstitutioneller psycho-pathologischer Zustand mit antisozialer Tendenz)* und die *asoziale Persönlichkeit (320.5 psychopathische Persönlichkeit mit amoralischer Tendenz, z.B. pathologischer Lügner)* werden in der ICD-8 nicht mehr einzeln aufgeführt, sondern nur noch als *asoziale Persönlichkeit (301.7 moralische Beeinträchtigung)* aufgeführt. Unter den *Sexualabweichungen* (302) werden in der ICD-8 neu die *Pädophilie* (302.2) und der *Transvestitismus* (302.3) erwähnt.

4.3.4 Die 9. Revision der Internationalen Statistischen Klassifikation der Krankheiten, Verletzungen und Todesursachen (ICD-9)

4.3.4.1 Entwicklung und Anerkennung

An der Internationalen Konferenz der WHO für die 9. Revision der ICD im Jahre 1975 nahmen 46 Mitgliedstaaten, die Vereinten Nationen, die Organisation für Wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung (OECD), das Internationale Arbeitsamt (ILO), die Internationale Zentralstelle für Krebsforschung (IARC) sowie der Council for International Organizations of Medical sciences (CIOMS) teil. Zehn nichtstaatliche internationale Organisationen entsandten Vertreter [WHO, 1977].

Die 9. Revision der ICD wurde 1978 angenommen und entsprach in weiten Teilen der 8. Revision. Ein wesentlicher Unterschied zur ICD-8 bestand darin, dass das auch schon zur 8. Revision bestehende internationale *Glossar* in der ICD-9 ins Diagnosemanual eingearbeitet wurde und somit zu einem Bestandteil des Diagnosenschemas wurde. Die Kategorien im Kapitel „Psychiatrische Krankheiten“ enthalten also in der ICD-9 neu *Beschreibungen über ihren Inhalt* in der Absicht, die besonderen Schwierigkeiten auf diesem Gebiet, auf dem die internationale Terminologie nicht standardisiert ist, zu überwinden. Die Diagnose sollte auf

der Basis der Beschreibungen und nicht nach der Überschrift der Kategorien gestellt werden, weil sich deren Bedeutungen von Fall zu Fall unterscheiden können.

4.3.4.2 Diagnostische Kategorien

Der allgemeine Aufbau für die 9. Revision war weitgehend der gleiche wie bei der 8. Revision. Dabei wurde Wert darauf gelegt, die Aussagefähigkeit der Kategorien bereits in der dreistelligen Systematik zu gewährleisten.

Organische Psychosen (290 - 294)	
Präsenile und senile organische Psychosen	290
Alkoholpsychosen	291
Drogenpsychosen	292
vorübergehende organische Psychosen (akute exogene Reaktionstypen)	293
andere (chronische) organische Psychosen	294

Andere (nicht organische) Psychosen (295 - 299)	
Schizophrene Psychosen	295
Affektive Psychosen	296
Paranoide Syndrome	297
Andere nicht organische Psychosen	298
Typische Psychosen des Kindesalters	299

Neurosen, Persönlichkeitsstörungen (Psychopathien) und
andere nichtpsychotische psychische Störungen (300-316)

Neurosen (300)	
Angstneurose	300.0
Hysterische Neurose	300.1
Phobie	300.2
Zwangsneurose	300.3
Neurotische Depression	300.4

Neurasthenie	300.5
Neurotisches Depersonalisationssyndrom	300.6
Hypochondrische Neurose	300.7
Persönlichkeitsstörungen	301
Sexuelle Verhaltensabweichungen	302
Alkoholabhängigkeit	303
Medikamenten- und Drogenabhängigkeit	304
Drogen- und Medikamentenmissbrauch ohne Abhängigkeit	305
Funktionelle Störungen psychischen Ursprungs	306
Spezielle, nicht anderweitig klassifizierbare Symptome	307
Psychogene Reaktion (akute Belastungsreaktion)	308
Psychogene Reaktion (Anpassungsstörung)	309

Störungen mit gleichem syndromalen Erscheinungsbild wurden zusammengefasst, wie beispielsweise die *depressiven Störungen* im Abschnitt F3, die *organischen Störungen* in F0 oder die *substanzbedingten Störungen* in F1.

Die ICD-9 unterscheidet gegenüber der ICD-8 zwischen *nicht-organischen* und *organischen* Psychosen. Hinsichtlich der Schizophreniekriterien und Subtypen der Schizophrenie ist die ICD-9 mit der ICD-8 identisch.

Die diagnostischen Kriterien für affektive Psychosen blieben in der ICD-9 hinsichtlich der Stellung der affektiven Psychosen zu anderen diagnostischen Kategorien ausserhalb von 296 und damit auch hinsichtlich ihrer Charakterisierung als Psychosen im Sinne der ICD sowie hinsichtlich ihrer allgemeinen symptomatologischen und verlaufstypischen Charakterisierung unverändert. Die logische Struktur der diagnostischen Kriterien für affektive Psychosen im allgemeinen (296 ohne Berücksichtigung der 4. Stelle) ist in der ICD-9 die gleiche wie in der ICD-8 mit Ausnahme der *Relativierung des quantitativen allgemeinen Psychosekriteriums*. Die ausdrückliche Hereinnahme auch *leichter Stimmungsschwankungen*, die aber typologischen entsprechen (nach wie vor mit Ausnahme von Nachschwankungen), relativiert das allgemeine Psychosekriterium der ICD-8. Wenn auch in den einleitenden Sätzen [WHO, 1986], diesbezüglich besonders auf *hypomanische Zustände* hingewiesen wird, so ist doch auch die Klassifikation depressiver Zustände berührt. Folgerichtig fehlt auch in der Beschreibung der

monopolaren Depression (296.1) das quantitative Differenzierungskriterium gegenüber der *neurotischen Depression* (300.4), das in der ICD-8 enthalten war.

Durch die Relativierung des quantitativen allgemeinen Psychosekriteriums der ICD-9 wird mit den diagnostischen Kriterien für affektive Psychosen ein *breiterer Bereich affektiver Störungen* erfasst als mit den Kriterien der ICD-8. Erscheinungsbildlich gleiche Psychosen - unter deren Entstehungsbedingungen Stress eine gewichtige Rolle spielt - bleiben bei den *affektiven Psychosen* (296) ausgeschlossen und werden unter *andere, nicht organische Psychosen* (298) eingereiht. Hier entstanden die neuen Kategorien: *reaktive depressive Psychose* (298.0), *reaktiver Erregungszustand* (298.1), *reaktiver Verwirrtheitszustand* (298.2), *akute paranoide Reaktion* (298.3), *psychogene Psychose mit paranoider Symptomatik* (298.4) und *andere, nicht näher bezeichnete reaktive Psychosen* (298.8). Das starre Endogenitätspostulat wurde also beibehalten.

Hingegen ist die in der 4. Stelle der Diagnosenummer vorzunehmende Differenzierung bei der Störungsgruppe der *affektiven Psychosen* (296) im Vergleich zum ICD-8 systematischer. Hier stehen nun Querschnitts- und Verlaufskriterien (Polarität) gleichwertig nebeneinander und ermöglichen die Erfassung von 4 formal gleichen Gruppen: *monopolare Manie* (296.0), *monopolare Depression* (296.1), *bipolare Manie* (296.2) und *bipolare Depression* (296.3). Neu dazu kommt der *Mischzustand* (296.4). Somit wird sowohl für manische als auch für depressive Psychosen nicht nur der aktuelle Zustand - das heisst *Manie* (.0 und .2), *Depression* (.1 und .3) und der *Mischzustand* (.4) - berücksichtigt, sondern auch die *Polarität* - das heisst *monopolar* (.0 und .1) und *bipolar/zirkulär* (.2, .3 und .4). Symptomatologische und Polaritätskriterien haben also gleiches Gewicht.

Die Einteilung der Neurosen ist in ICD-9 gegenüber der ICD-8 weitgehend gleichgeblieben. Es wurden zwei neue Kategorien aufgenommen: die *psychogene Belastungsreaktion* (308) und die *Anpassungsstörung* (309). Unter *Andere Neurosen* (300.8) finden wir neu das *Briquetsche Syndrom*. Die Störungsgruppe *psychogene körperliche Störungen* (305) der ICD-8 wurde in der ICD-9 zu *körperlichen Funktionsstörungen* (306).

Unter 301 finden wir *Persönlichkeitsstörungen* (Psychopathien, Charakterneurosen), welche einen Kompromiss der verschiedenen Vorstellungen und Konzepte über Psychopathie darstellen. Bei diesen Störungen wird nicht von angeboren, sondern von „*eingewurzelt*“ ge-

sprochen. Gegenüber der ICD-8 wurden nur geringfügige begriffliche Veränderungen vorgenommen. *Sexuelle Verhaltensabweichungen* kommen unter 302 vor. Neu aufgenommen wurde hier die Kategorie *Transsexualität* (302.5)

4.3.5 Die 10. Revision der Internationalen Statistischen Klassifikation der Krankheiten, Verletzungen und Todesursachen (ICD-10)

4.3.5.1 Entwicklung und Anerkennung

Mit der 1992 veröffentlichten 10. Revision wurde die operationale Diagnostik, das Komorbiditätsprinzip und die multiaxiale Diagnostik auch in die ICD eingeführt. In der ICD-10 werden demgemäss die psychiatrischen Kategorien definiert durch (1) explizite Vorgabe von diagnostischen Kriterien (Ein- und Ausschlusskriterien), das heisst, eine Konstellation von Symptom-, Zeit- und/oder Verlaufskriterien und (2) diagnostische Entscheidungs- und Verknüpfungsregeln für diese Kriterien (Diagnosealgorithmen).

Die jeweiligen Kriterienkonstellationen hinter dem Diagnoselabel wurden teilweise mittels *faktorenanalytischen Verfahren*, die von operationalisierten Begriffen und standardisierten Dokumentationen ausgehen, ermittelt. Das führte zur Konstruktion psychopathologischer Skalen oder Syndromen. Ein nächstes Ziel war die Herausarbeitung von *diagnostisch wegweisenden Symptomen*, wie beispielsweise eine bestimmte Art von Stimmenhören für die Schizophrenie. Andere Symptome erwiesen sich als *unspezifisch* und liessen keine diagnostischen Rückschlüsse zu. Zusätzlich wurden bei der Entwicklung des Kapitels V der ICD zahlreiche Literaturrecherchen durchgeführt [WHO, 1992].

Die Entscheidung über Annahme oder Ablehnung von den zahlreichen Veränderungsvorschlägen der Experten hing von den Ergebnissen der verschiedenen internationalen Feldstudien, von den Beratungen der verschiedenen WHO-Zentren, den verschiedenen Organisationen und Mitgliedern der WHO-Expertenkommissionen sowie den Erkenntnissen der Übersetzbarkeit der ICD-Klassifikation ab. Einige Vorschläge konnten, trotz guter Begründung im Einzelfall wegen der Auswirkung selbst kleiner Änderungen in einem Teil der Klassi-

fikation auf andere Teile, nicht akzeptiert werden [WHO, 1992]. Einige Vorschläge hatten eindeutig Vorteile, bedurften aber vor einer internationalen Einführung einer besseren wissenschaftlichen Absicherung. Die Forschung zum Inhalt und Nutzen von innovativen Kategorien wird weitergeführt [WHO, 1992].

Eine weitere wesentliche Neuerung der ICD-10 stellt nebst der operationalen, deskriptiven Diagnostik die Einführung des *Komorbiditätsprinzips* (gleichzeitiges gemeinsames Auftreten verschiedener psychischer Erkrankungen bei einer Person) dar. Nach ICD-10 sind so viele psychiatrische Diagnosen zu verschlüsseln, wie für die Beschreibung des klinischen Bildes notwendig sind. Abgrenzend davon wird von *Multimorbidität* gesprochen, wenn neben einer oder mehreren psychischen Erkrankungen auch noch zusätzlich körperliche Erkrankungen vorliegen. Dies kommt vor allem bei den dementiellen Störungen und der Intelligenzmindering häufig vor. Bei der Beurteilung der Komorbidität ist auf verschiedene Aspekte zu achten: Komorbidität lässt sich zwischen Störungsgruppen aus verschiedenen Hauptkategorien - beispielsweise Komorbidität einer Angst- und Persönlichkeitsstörung - aber auch innerhalb einer Störungsgruppe - beispielsweise komorbide Störungen aus dem Bereich der Persönlichkeitsstörungen feststellen. Darüber hinaus ist zu unterscheiden, ob Komorbidität im Querschnitt (simultan) oder aber im Längsschnitt (life time oder sukzessiv) auftritt [WHO, 1992].

Das Komorbiditätsprinzip stellt eine *Abkehr vom Jasperschen Hierarchiekonzept* dar, wie es beispielsweise noch in der ICD-9 galt. Die Aufgabe des Konzeptes diagnostischer Hierarchien hat einen entscheidenden Einfluss auf die Schätzung der Prävalenz psychischer Störungen. Aus wissenschaftlicher Sicht kann das gemeinsame Auftreten bestimmter Störungen Hinweise auf eine gemeinsame Ätiologie geben. Patienten mit komorbiden Störungen sind in der Regel schwerer erkrankt und bedürfen zum Teil spezifischer Therapieprogramme. Die Behandlung und Prognose komorbider Patienten ist unter Umständen deutlich schwerer beziehungsweise ungünstiger.

Für die ICD stellt die Einführung des multiaxialen Ansatzes in der 10. Revision ein weiterer Meilenstein in der Entwicklung des Diagnosesystems dar. Die Einführung des *multiaxialen Ansatzes* ermöglicht die systematische und standardisierte Erfassung von verschiedenen, krankheitsrelevanten Aspekten auf *getrennten Achsen*. Neben der klinischen Diagnose können *soziale Faktoren*, aber auch weitere Achsen, erfasst werden. Die Achsen sollten in

der klinischen Routine einfach anwendbar sein und eine Hilfe bei Therapieplanung und Prognoseeinschätzung darstellen. Darüber hinaus sind sie ein didaktisches Hilfsmittel und können in der Forschung zur Homogenisierung von Stichproben im Rahmen klinischer und epidemiologischer Studien verwendet werden. Die multiaxiale Diagnostik verhindert den Informationsreduktionismus eines diagnostischen Krankheitskürzels.

Das multiaxiale System der ICD-10 besteht aus folgenden drei Achsen: (1) die klinischen psychiatrischen Diagnosen nach ICD-10 einschliesslich Persönlichkeitsstörungen und

somatischen Diagnosen; (2) die soziale Funktionseinschränkung (entsprechend der WHO-Disability Scale) auf einer 6-Punkte Skala (0 = keine bis 5 = maximale Funktionseinschränkung), beurteilt in den Funktionsbereichen Selbstfürsorge, Beruf, Familie und weiterer sozialer Kontext sowie globaler Funktionseinschränkung; (3) die psychosozialen Belastungen, die für Auftreten, Verlauf und Behandlung der gegenwärtigen psychischen Störung relevant sind (ausgewählte Kategorien aus dem Kapitel XXI der ICD-10).

Den unterschiedlichen Zwecken entsprechend und mit Rücksicht auf die verschiedenen Nutzer wurden von der Weltgesundheitsorganisation in Genf unter Leitung von Norman Sartorius durch mehrere Arbeitsgruppen eine Anzahl von ICD-Dokumenten (Dokumentenfamilie) erarbeitet, welche die diagnostische Arbeit im Bereich der Psychiatrie präzisieren und erleichtern sollen [WHO, 1992]. Die verschiedenen Versionen des Kapitels V eignen sich für unterschiedliche Anwendungsbereiche [Dilling, 1994a]:

(a) Verschiedene Fassungen des Kapitels V (F)

- Kurzfassungen im Rahmen der gesamten ICD-10 (DIMDI, 1994)
- klinische Beschreibungen und diagnostische Leitlinien (Dilling et al. 1993)
- Forschungskriterien (Dilling et al. 1994)
- Fassung für die primäre Gesundheitsversorgung (PHC, Müssigbrodt et al., 1996)
- multiaxiales System (Siebel et al., 1997)

(b) Internationale Klassifikation neurologischer Erkrankungen (Kessler und Freyberger, 1996)

- neurologische Adaptation

(c) Anwendungshilfen

- Referenztabellen zwischen ICD-10, und DSM-IV (Freyberger et al., 1993)
- Lexika und Glossare (Freyberger et al. 1998)
- Fallbücher

(d) Trainingsmaterialien, beispielsweise Overheadfolien

Besonders die Unterscheidung von diagnostischen Leitlinien und Forschungskriterien ist hervorzuheben. Während die diagnostischen Leitlinien für die klinische Praxis gedacht sind, sind die Forschungskriterien entsprechend ihrem Namen für Forschungszwecke konzipiert worden. Unterschiede zwischen beiden bestehen lediglich im Grad der Präzisierung der Diagnosestellung (Anzahl notwendiger Symptome, Zeitdauer der Symptomatik), nicht jedoch hinsichtlich der Bezeichnung und Kodierung der Störungsgruppen.

Im folgenden sollen die wichtigsten für die Befunderhebung nach ICD-10 zu verwendenden Instrumente Erwähnung finden:

(a) *Composite International Diagnostic Interview (CIDI)*

Standardisiertes diagnostisches Interview zur Anwendung auch durch Laieninterviewer ohne klinische Erfahrung nach ausführlichem Training (5 Tage). Dauer: 75 Minuten. Verwendung besonders in epidemiologischen Studien zur Erfassung von klinischen Diagnosen.

(b) *Schedules for Clinical Assessment in Neuropsychiatry (SCAN)*

Strukturiertes klinisches Interview zur Anwendung durch Kliniker nach ausführlichem Training (5 Tage) Dauer: 1 – 4 Stunden. Anwendung zur Stellung von Diagnosen in der klinischen Forschung.

(c) *International Personality Disorder Examination IPDE*

Strukturiertes klinisches Interview zur Anwendung durch Psychiater oder Psychologen nach etwa dreitägigem Training. Dauer: 1,5 bis 3 Stunden. Anwendung für die Diagnose von Persönlichkeitsstörungen.

(d) *Disability Assessment Schedule DAS*

Halbstrukturiertes Erhebungsinstrument zur Anwendung durch Psychiater, Psychologen und Sozialarbeiter nach etwa zweitägigem Training. Dauer: 30 Minuten. Beurteilung sozialer Funktionen und Fähigkeiten.

(e) *Strukturiertes Interview zur Erfassung von Demenz SIDAM*

Anwendung durch Psychiater, Psychologen und Sozialarbeiter in der klinischen Forschung.

(f) Merkmalslisten

Internationale Diagnosen Checkliste IDCL, ICD-10-Merkmalsliste, Aacher Merkmals-liste für Persönlichkeitsstörungen AMPS

Die erwähnten Interviews sind so aufgebaut, dass Diagnosen sowohl nach ICD-10 wie nach DSM-IV gestellt werden können.

4.3.5.2 Diagnostische Kategorien

Eine wesentliche Neuerung gegenüber der ICD-9 ist das *offene alphanumerische System*. Die psychischen Störungen sind durch den Buchstaben F gekennzeichnet. Die einzelnen Hauptstörungsgruppen finden sich in hierarchischer Reihenfolge in arabischen Ziffern. Der theoretisch mögliche Bereich zur Unterscheidung von Störungen liegt zwischen F00.00 und F99.99, das heißt, er ermöglicht etwa 1000 Unterscheidungen. Dieses Kodierungssystem ermöglicht Ergänzungen durch weitere Störungsgruppen in den kommenden Jahren ohne grundlegende Veränderung der Klassifikation. Enthielt die ICD-9 30 Hauptkategorien, so sind nun in der ICD-10 100 Diagnosekategorien möglich, wenngleich noch nicht ausgenutzt.

Gegenwärtig sind ca. 60% der Stellen für Störungen vergeben. Entsprechend dem Grundkonzept, das System nicht alle 10 Jahre völlig neu zu entwerfen, sind diese Stellen frei für Störungen, die sich in den kommenden Jahren als empirisch begründbar und bedeutsam erweisen.

Detaillierte Erfassung von psychischen Störungen:

Grundprinzip der ICD-10 wie auch des DSM-IV ist eine möglichst differenzierte Kennzeichnung von Störungen. Zur Kodierung von Störungen werden verschiedene Ebenen unterschieden. Je mehr Stellen die Kodierung aufweist, desto präziser ist die Charakterisierung der einzelnen Störung. Die Wahl einer bestimmten Differenzierung ist abhängig von der jeweiligen Störungsgruppe. Die Beschreibung und Differenzierung erfolgt im wesentlichen im Hinblick auf das Erscheinungsbild der Erkrankung, ihren Schweregrad oder Verlauf. So

erfolgt die Differenzierung im Bereich der schizophrenen Störungen anhand des psychopathologischen Querschnittsbildes und des Verlaufs, im Bereich der depressiven Episode anhand des Schweregrades und des Verlaufs. Beispielsweise:

- | | |
|--|--|
| 1. Stelle: F = Psychische Störung | |
| 2. Stelle: Störungsgruppe (F 0 - F 9), | z.B. F 2=Schizophrenie, schizotype und wahnhaftige Störungen |
| 3. Stelle: Störungskategorie | z.B. F20 = Schizophrenien
z.B. F21 = schizotype Störung
z.B. F22 = wahnhaftige Störung |
| 4. Stelle: Störungsbild (Syndrom) | z.B. F20.0 = paranoide Schizophrenie |
| 5. Stelle: Verlauf | z.B. F20.00 = kontinuierlicher Verlauf |

Neustrukturierung des Gesamtsystems in 10 Hauptgruppen

Organische psychische Störungen	F0
Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen	F1
Schizophrene, schizotype und wahnhaftige Störungen	F2
Affektive Störungen	F3
Neurotische, Belastung- und somatoforme Störungen	F4
Verhaltensauffälligkeiten in Verbindung mit körperlichen Faktoren	F5
Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen	F6

In der ICD-10 wird der als problematisch angesehene Begriff *Krankheit* durchgängig durch den Begriff *Störung* ersetzt. Die Störungsgruppe *schizophrene Psychosen (295) und para-noide Syndrome (297)* der ICD-9 wird in der ICD-10 zur Störungsgruppe *Schizophrenie, schizotype und wahnhaftige Störungen*. Zudem leitet sich im ICD-10 aus dem neu eingeführten deskriptiven Ansatz die Aufgabe der traditionellen Begriffe *Psychose* und *Neurose* ab.

Der Ausdruck *psychotisch* wurde jedoch im Abschnitt F23 *akute vorübergehende psychotische Störungen* verwendet - jedoch im deskriptiven Sinne. Er enthält keine Annahmen zur Psychodynamik. Dieser Terminus soll im ICD-10 vielmehr das Vorkommen von Halluzinationen, wahnhaften Störungen oder bestimmten Formen schweren abnormen Verhaltens anzeigen. Hierzu gehören schwere Erregungszustände, Überaktivität, ausgeprägte psychomotorische Hemmung und katatone Störungen.

Die Gruppe der *Schizophrenien, schizotypen Zustände und wahnhaften Störungen (F20-F29)* wurde deutlich erweitert. Es wurden neue Kategorien, wie die *undifferenzierte Schizophrenie (29.3)*, die *postschizophrene Depression (20.4)* und die *schizotype Störung (F21)*, eingeführt. Die Klassifikation der *akuten vorübergehenden Psychose* - in vielen Ländern der Dritten Welt eine häufige Störung - ist viel differenzierter als in der ICD-9.

Die *Schizophrenia simplex (F20.6)* wurde wegen ihrer häufigen Verwendung in einigen Ländern beibehalten. Ihre eigentliche Bedeutung - die Beziehung zur *schizoiden Persönlichkeit* und zur *schizotypen Störung* - ist unsicher, und weitere Informationen zur Lösung des Problems sind in Zukunft nötig.

Die Diagnose einer *Schizophrenie (F20)* beruht in der ICD-10 auf dem Vorliegen typischer Wahngedanken, Halluzinationen oder anderer Symptome mit einer *Mindestdauer von einem Monat*. Im ICD-10 dient somit das Zeitkriterium zur Unterscheidung der *akuten vorübergehenden psychotischen Störungen (F23)*, welche in der Regel innerhalb einiger Tage oder von ein bis zwei Wochen wieder abklingen, von einer *Schizophrenie (F20)*. Wenn keine typischen schizophrenen Symptome im gegenwärtigen akut psychotischen klinischen Bild vorliegen, gibt es auch keinen Grund, nach einem Monat die Diagnose bei Patienten mit

persistierenden Symptomen zu ändern. Diese sollte erst erfolgen, wenn mit einer Mindestdauer von drei Monaten das Zeitkriterium für die wahnhaftige Störung erfüllt ist.

Das Zeitkriterium von einem Monat empfiehlt sich auch unter Berücksichtigung von *akuten symptomatischen Psychosen*, beispielsweise einer Amphetaminpsychose. Nach Entzug der toxischen Substanz gehen die Symptome im allgemeinen innerhalb von 8 bis 10 Tagen zurück. Mit der Wahl des Zeitkriteriums von einem Monat für die Diagnose einer Schizophrenie wird der Auffassung begegnet, dass eine Schizophrenie ungeachtet ihrer Definition, eine lang anhaltende Störung sein muss. Das Zeitkriterium für die *anhaltende wahnhaftige Störung* (F22) wurde ebenfalls intensiv diskutiert. Die Wahl von 3 Monaten als Zeitkriterium war letztlich am wenigsten unbefriedigend.

Die zurzeit vorliegenden Forschungsergebnisse erlauben nach wie vor keine endgültige Entscheidung darüber, ob die *schizoaffective Störung* (F25), wie sie in der ICD-10 definiert wird, schliesslich dem Abschnitt *Schizophrenien* (F20-F29) oder dem Abschnitt *affektive Störungen* (F20-29) zuzuordnen ist. Im ICD-10 erfolgte die Einordnung im Abschnitt F20-F29, basierend auf den Rückmeldungen aus Feldstudien im Jahre 1987 und auf den Kommentaren der weltweit befragten Mitgliedsgesellschaften der *World Psychiatric Association WPA* [WHO, 1992]. Es entspricht einer weitverbreiteten klinischen Tradition, die *schizo-affektiven Störungen* mit den *schizophrenen* und *wahnhaften Störungen* zu assoziieren. Jedoch genügen in der ICD-10 parathyme Wahngedanken beim Vorliegen einer *affektiven Störung* nicht, um die Diagnose in eine *schizoaffective Störung* zu ändern. Es muss in der gleichen Episode zusammen mit den *affektiven* Symptomen mindestens ein schizophrenie-typisches Symptom auftreten.

Besonders die Klassifikation der affektiven Störungen wurde durch das deskriptive Prinzip, Störungen mit einem *erscheinungsbildlich gemeinsamen Grundthema* zusammenzufassen, beeinflusst [WHO, 1992]. Dabei wird unabhängig von theoretischen und ätiologischen Annahmen der symptomorientierten Beschreibung ein besonderer Stellenwert eingeräumt. Die Störungsgruppe *affektive Psychosen* (296) der ICD-9 wird in der ICD-10 zur *Störungsgruppe affektive Störungen* (F3). Die Störungskategorie und das Einteilungsprinzip „*Psychose*“ der ICD-9 wurde somit in der ICD-10 aufgegeben. Die Störungskategorie *affektive Störungen* (F3) der ICD-10 enthält somit *Manie ohne psychotische Symptome* (30.1), *Manie mit psychotischen Symptomen* (30.2), *schwere depressive Episode ohne psychotische Symptome* (F32.2) und *schwere depressive Episode mit psychotischen Symptomen* (F32.3). Wegen ihrer

ausreichenden Belegbarkeit und wegen des klinischen Bedarfs wurde die Unterscheidung von *synthym* (stimmungskongruenten) und *parathym* (stimmungsinkongruenten) wahnhaften Symptomen in der 5. Kodierungsstelle zumindest als Möglichkeit beibehalten. Mit dem deskriptiven Ansatz wurde ebenfalls das *Endogenitätsprinzip* in der ICD-10 aufgegeben. Begriffe wie *endogene Manie* (296.0) oder *endogene Depression* (296.1) der ICD-9 fallen deshalb in der ICD-10 weg. Ihre Äquivalente entsprechen jedoch den verschiedenen Formen und *Schweregraden* der affektiven Störungen in *leichte, mittelgradige* und *schwere Episoden*. So kann mit der 6. Kodierungsstelle bei den depressiven Störungen beispielsweise das Vorliegen eines *somatischen Syndroms* beschrieben werden.

Nach der Einführung der ICD-9 gab es ausreichende Hinweise auf die Notwendigkeit einer speziellen Kategorie für *kurze depressive Episoden* - in der ICD-10 unter *rezidivierende*

kurze depressive Störung (F38.10), die zwar die Schweregradkriterien, nicht aber die Zeitkriterien erfüllen.

Die Aufgabe der Dichotomie neurotisch-psychotisch und die Anlehnung an das Prinzip, Störungen entsprechend der deskriptiven Ähnlichkeit in Gruppen zusammenzufassen, führten in der ICD-10 dazu, dass die *zyklothyme (thymopathische, depressive) Persönlichkeit* (301.1) der ICD-9 sowie die *depressive Neurose* (300.4) der ICD-9 in der ICD-10 aufgegeben wurden. In der ICD-10 wurden entsprechend die beiden neuen Kategorien *affektive Störungen, Zykllothymia* (F34.0) und *affektive Störungen, Dysthymia* (34.1) geschaffen.

Obwohl der Begriff *Neurose* als Krankheitsbegriff und als Einteilungskriterium aufgegeben wurde, wird das Adjektiv *neurotisch* unter anderem in der Überschrift F40-F48 *neurotische-, Belastungs- und somatoforme Störungen* beibehalten. Die alten Neurosekatégorien der ICD-9 der Störungsgruppe *Neurosen* (300) wurden in der ICD-10 auf mehrere, neue - eindeutig voneinander getrennte - Diagnoseklassen aufgeteilt, nämlich in *Angststörungen* (phobische Störungen F40, sonstige Angststörungen F41), *Zwangsstörungen* (F42), *Belastungs- und Anpassungsstörungen* (F43), *dissoziative Störungen* (F44) sowie *somato-forme Störungen* (F45).

Bei den phobischen Störungen lassen sich im ICD-10 nebst den *spezifischen Phobien* (F40.2) - wie sie schon im ICD-9 vorkamen (300.2) - auch die *Agoraphobie* (F40.0) und die *soziale*

Phobie (F40.2) einordnen. Die *Agoraphobie* kann mit oder ohne Panikstörung auftreten. Im Vorfeld der ICD-10 gab es eine heftige Diskussion darüber, ob eine *Agoraphobie* oder eine *Panikstörung* vorrangig anzusehen sei. Aus internationaler und transkultureller Sicht schien es gerechtfertigt, die Phobien als *primäre* Störungen zu definieren. Die *Panik-attacken* zeigen den *Schweregrad der Phobie* an (*Agoraphobie ohne oder mit Panikstörung* F40.0). Die *Panikstörung ohne Phobie* wird unter *Panikstörung* (F41.0) klassifiziert.

Die *Angst-Neurose* (300.0) der ICD-9 wird in der ICD-10, wie bereits oben erwähnt, unter den *affektiven Störungen* (F3) klassifiziert. Unter *sonstige Angststörungen* (F41) werden in der ICD-10 nebst der *Panikstörung* (F41.0), die schon in der ICD-9 vorkam (*Angst-Neurose* 300.0), die neuen Kategorien *Generalisierte Angststörung* (F41.1) und *Angst und depressive Störung, gemischt* (F41.2) geschaffen.

Die psychogenen Reaktionen - *akute Belastungsreaktion* (308) und *Anpassungsstörung* (309) der ICD-9 - werden in der ICD-10 unter *Reaktionen auf schwere Belastungen* mit den drei Kategorien *akute Belastungsreaktion* (F43.0), *posttraumatische Belastungsstörung* (F43.1) und *Anpassungsstörung* (F43.2) eingereiht. In dieser Störungsgruppe sind - wie auch bei den organisch bedingten psychischen Störungen - somit ätiologische Überlegungen beibehalten worden.

Die *Hysterische Neurose* (300.1) der ICD-9 wird in der ICD-10 unter den *dissoziativen Störungen* (F44) eingeordnet. Wegen der vielfach schillernden Bedeutung des Begriffs *Hysterie* wurde dieser Begriff nicht als Bezeichnung einer Störung im Kapitel V der ICD-10 verwendet [WHO, 1992]. Neu werden in der ICD-10 Störungen unter dem Begriff *dissoziativ* zusammengefasst, die früher *hysterisch vom dissoziativen* oder vom *Konversionstyp* genannt wurden. Neu wird hier unter *sonstige* (F44.7) die Diagnose der *multiplen Persönlichkeitsstörung* gebildet.

Für die Zusammenfassung verschiedener psychischer Störungen mit einer vornehmlich somatischen Präsentation von Symptomen unter dem Begriff *somatoform* gibt es eine weite internationale Akzeptanz. Unter der in der ICD-10 neu gebildeten Störungsgruppe *somatoforme Störungen* (F45) werden die Kategorien der Störungsgruppe *körperliche Funktionsstörungen/funktionelle Störungen psychogenen Ursprungs* (306) der ICD-9 und die *hypochondrische Neurose* (300.7) der ICD-9 eingeordnet. Die Störungsgruppe *somatoforme*

Störungen (F45) der ICD-10 enthält folgende Kategorien: Somatisierungsstörung (*multiples Beschwerdesyndrom* F45.0), *undifferenzierte Somatisierungsstörung* (F45.1), *hypochondrische Störung* (F45.2), *somatoforme autonome Funktionsstörung* (F45.3) und *anhaltend somatoforme Schmerzstörung* (F45.4).

Die Kategorien *Neurasthenie* (300.5) und *Neurotisches Depersonalisationssyndrom* (300.7) der ICD-9 werden in der ICD-10 unter *sonstige neurotische Störungen* (F48) eingereiht. Obwohl die Kategorie *Neurasthenie* (F48.0) in vielen klassifikatorischen Systemen nicht mehr berücksichtigt wird, gibt es sie in der ICD-10 noch, denn in vielen Ländern wird diese Diagnose noch regelmässig und häufig verwendet [WHO, 1992]. In Diskussion ist die Bildung einer neuen Diagnose *chronisches Müdigkeitssyndrom*, beziehungsweise *Erschöpfungssyndrom* in der nächsten Version der ICD, welche ein erweitertes Konzept der *Neurasthenie* darstellen würde.

Die Kategorien *Angst und depressive Störung, gemischt* (F41.2), *sonstige gemischte Störungen* (F41.3), die verschiedenen Untergruppen von *Anpassungsstörungen* (F43.2) und *gemischte dissoziative Störungen* (F44.7) finden vor allem Verwendung bei Psychiatern und anderen in der primären Gesundheitsversorgung der in Entwicklungsländern Tätigen [WHO, 1992]. Auf diese Kategorien treffen einfachere und traditionellere psychiatrische Diagnosen nicht zu, sie gehen aber dennoch mit schweren Leidenszuständen und Störungen der Leistungsfähigkeit einher.

Der Bedarf für eine Klassifikationsmöglichkeit von kulturspezifischen Störungen wie *Latah*, *Amok* oder *Koro* wurde in den letzten Jahren weniger häufig betont [WHO, 1992]. Beschreibungen in der Literatur legen nahe, dass sie als lokale Variation von Angst-, depressiven und somatoformen Störungen oder Anpassungsstörungen aufgefasst werden können [WHO, 1992]. Es soll deshalb die am ehesten passende Kategorie verwendet werden, zusammen mit einer zusätzlichen Anmerkung, welche der genannten kulturspezifischen Störungen gemeint ist.

Die Störungsgruppe *Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen* (F5) der ICD-10 enthält spezifische somatische Störungen nichtorganischen Ursprungs: *Essstörungen* (F50), *nichtorganische Schlafstörungen* (F51) und *nichtorganische sexuelle Funktionsstörungen* (F52). Diese Störungen wurden in der ICD-9 nicht unter dem Kapitel V (F) psychische Störungen der ICD eingeordnet und sind wegen des wachsenden Bedarfs an Klassifizie-

lungsmöglichkeiten im psychiatrischen Liasondienst genauer beschrieben als in der ICD-9 [WHO, 1992].

Der Begriff *psychosomatisch* wird in der ICD-10 nicht mehr verwendet, denn die Verwendung dieses Terminus könnte implizieren, dass psychologische Faktoren beim Auftreten, im Verlauf und für die Prognose anderer Krankheiten, die nicht psychosomatisch genannt werden, keine Rolle spielten [WHO, 1992]. Störungen, die früher als psychosomatisch bezeichnet wurden, finden sich im ICD-10 in den Abschnitten F45 *somatoforme Störungen* (F45), *Essstörungen* (F50), *sexuelle Funktionsstörungen* (F52) und *psychische und Verhaltensstörungen bei andernorts klassifizierten Störungen und Krankheit* (F54). Die Kategorie F54 der ICD-10 entspricht der Kategorie 316 der ICD-9. Sie soll verwendet werden, um die Verbindung einer an anderer Stelle der ICD-10 verschlüsselten körperlichen Störung mit einer psychischen Verursachung zu klassifizieren [WHO, 1992]. Ein bekanntes Beispiel wäre die Verschlüsselung von psychogenem Asthma oder Ekzem: Erstens mit der

Kategorie F54 des Kapitels V und zweitens mit der entsprechenden Kodierung der körperlichen Störung aus den anderen Kapiteln der ICD-10.

Neu gebildet wurden in der ICD-10 die Kategorien *psychische Verhaltensstörung im Wochenbett* (F53) sowie *Missbrauch von nicht abhängigkeits erzeugenden Substanzen* (F55).

In der ICD-9 bestanden ferner die beiden Störungsgruppen *Persönlichkeitsstörungen* (301) und *sexuelle Verhaltensabweichungen* (F302). Die ICD-10 beschreibt eine Störungsgruppe, nämlich die *Persönlichkeitsstörungen* (F6), welche unterteilt wird in *spezifische Persönlichkeitsstörungen* (F60), *kombinierte und sonstige Persönlichkeitsstörungen* (F61), *andauern-de Persönlichkeitsstörungen* (F62), *abnorme Gewohnheiten und Störungen der Impuls-kontrolle* (F63), *Störungen der Sexualpräferenz* (F65), *Probleme in Verbindung mit der se-xuellen Entwicklung und Orientierung* (F66) sowie *Sonstige* (F68).

Wie schon erwähnt, wurde die *cyclothyme Persönlichkeit* (301.1) der ICD-9 in den Persönlichkeitskonzepten der ICD-10 aufgegeben. Die *hysterische Persönlichkeit* (301.5) der ICD-9 wurde in die *histrionische Persönlichkeit* (60.4), die *asthenische Persönlichkeit* (301.6) in die *abhängige Persönlichkeit* (60.7) und die *erregbare Persönlichkeit* (301.3) in die *emotional instabile Persönlichkeit vom impulsiven Typ* (60.30) umbenannt. Ferner wird die

emotional instabile Persönlichkeit in der ICD-10 in die neugebildete Diagnose *emotional instabile Persönlichkeit vom Borderline Typ* (60.31) unterteilt. Neu gebildet wurde in der ICD-10 das Konzept der *ängstlich-vermeidenden Persönlichkeit* (60.6).

Wieviele Kriterien erfüllt sein müssen, bevor die Diagnose der *Persönlichkeitsstörung* (F60) als sicher angesehen werden kann, ist bei dem heutigen Kenntnisstand ein noch ungelöstes Problem. In den zukünftigen Revisionen der ICD wird ein völlig neuer Versuch in der Beschreibung der Persönlichkeitsstörungen erforderlich sein [WHO, 1992].

Der Abschnitt F60-F69 der ICD-10 enthält neben den traditionellen Persönlichkeitsstörungen einige neue Kategorien, wie zum Beispiel *pathologisches Glücksspiel* (F 63.X), *pathologische Brandstiftung* (F63.X) und *pathologisches Stehlen* (F63.X). *Störungen der sexuellen Präferenz* (F 65) werden im Gegensatz zum ICD-9 eindeutig von *Störungen der Geschlechtsidentität* (*Transsexualismus* 64.0 und *Transvestitismus* 64.1) unterschieden. *Homosexualität* gilt in der ICD-10 nicht mehr psychiatrische Diagnose.

Gegenüber der ICD-9 entstanden zwei neue Kategorien bei den *sonstigen Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen* (F68), nämlich die *Entwicklung körperlicher Symptome aus psychischen Gründen* (F68.0) und die *artifizielle Störung*, das heisst, absichtliches Erzeugen oder Vortäuschen von körperlichen oder psychischen Symptomen oder Behinderungen (F68.1). Diese sind im engeren Sinne Störungen der Krankenrolle oder des Krankheitsverhaltens [Scharfetter, 1996]. Zusammen mit der *Simulation* (Z76.5) - die immer schon ausserhalb des Kapitels V der ICD klassifiziert wurde - bilden sie ein oft zu erwägendes Trio von Differentialdiagnosen. Der entscheidende Unterschied zwischen den ersten beiden Störungen und der Simulation besteht darin, dass bei der Simulation das Motiv offenkundig ist und in der Regel mit Situationen persönlicher Gefahr, drohender strafrechtlicher Verfolgung oder grossen Geldsummen zusammenhängt [WHO, 1992].

4.4 Mögliche Gründe für das Aufgeben oder die Neudefinition von Diagnosen

Zusammenfassend kann festgehalten werden, dass es verschiedene Gründe für die Neuaufnahme oder Streichung von diagnostischen Kategorien bei den psychischen Störungen gibt:

- Prävalenz: Das Krankheitsbild hat diagnostisch gesehen keine grosse Relevanz mehr, weil die Prävalenz im Laufe der Zeit sank, beispielsweise der *Schreibers Krampf*.
- Definition von Diagnosekonzepten: Das Krankheitsbild hat diagnostisch gesehen keine grosse Relevanz mehr, weil die Definition der Diagnose enger gefasst wurde. So ist es beispielsweise möglich, dass die Diagnose *Polytoxikomanie* der ICD-10 in der ICD-11 nicht mehr erscheinen wird, weil diese Diagnose durch ihre enge Operationalisierung kaum noch gestellt wird. Grund der Enge dieses Diagnosebegriffs liegt unter anderem darin, dass *Polytoxikomanie* ein Ausschlusskriterium für Substitutionsbehandlungen - welche politisch jedoch mehrheitlich erwünscht sind - darstellt.
- Veränderte Begrifflichkeit (mit oder ohne konzeptuelle Veränderungen): Die Diagnose erscheint beispielsweise aufgrund von Stigmatisierungsgefahr für die Betroffenen unter einem anderen Namen wie die *Psychopathien* als *Persönlichkeitsstörungen* oder die *hysterische* als *histrionische* Persönlichkeitsstörung.
- Aufsplitterung der globalen Krankheitsbilder
- Veränderte Normen: das Phänomen wird durch den Wandel des Zeitgeistes nicht mehr als Psychopathologie definiert. So wurden beispielsweise die Konzepte der *Sexuell Haltlosen* und *Geborenen Prostituierten* als Persönlichkeitsstörungen, infolge der grösseren Toleranz der westlichen Gesellschaft gegenüber sexueller Promiskuität, aufgegeben. Ebenso wurde das Konzept des *Dienstverweigerers* als Persönlichkeitsstörung durch veränderte gesellschaftliche Vorstellungen zur Berechtigung von Kriegsdienstverweigerung aufgegeben.
- Die Störung wird in einem anderen medizinischen Fachgebiet klassifiziert, beispielsweise die *gastritische Neurose* in der Inneren Medizin [WHO, 1967].

4.5 Das Amerikanische Diagnostische Statistische Manual Psychischer Störungen (DSM) der Amerikanischen Psychiatrischen Vereinigung (APA)

4.5.1 Entstehungsgeschichte und Werdegang des DSM

Chronologisch entwickelte sich das Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder (DSM) der American Psychiatric Association (APA) wie folgt:

1952	DSM-I	Definition der Kategorien, Beschreibung der Syndrome
1968	DSM-II	
1980	DSM-III	erste offizielle Operationalisierung psychiatrischer Störungen, deskriptiver Ansatz, multiaxiale Klassifikation, Feldstudien vor der Einführung
1987	DSM-III-R	Einführung des Komorbiditätsprinzips Schweregradbeurteilungen, Remissionskriterien
1994	DSM-IV	
2003	DSM-IV-TR	leicht redigierte Version

Auch in den Vereinigten Staaten gab der Bedarf an *statistischem* Material den Anstoss zur Entwicklung eines Klassifikationsschemas psychischer Störungen [Davison et al., 1994]. Die Entwicklung des aktuell offiziell gültigen Diagnosenschemas DSM geht zurück auf die *Volkszählung von 1880*, bei der folgende *sieben Kategorien* von Geisteskrankheiten unterschieden wurden: *Manie, Melancholie, Monomanie, Parese* (Lähmung), *Demenz, Dipso-manie* (Trinksucht) und *Epilepsie* [Sass, 1996]. Diese Klassifikation wurde bis 1917 beibehalten, als die *American Medico-Psychological Association* (spätere *American Psychiatric Association*) zusammen mit der *National Commission on Mental Hygiene* einen Entwurf zur Erhebung einheitlicher diagnostischer Daten für Nervenkliniken formulierte. Es handelte sich dabei um ein offizielles Klassifikationssystem mit 22 diagnostischen Kategorien, welches ihr Augenmerk mehr als ihr Vorgänger auf den klinischen Nutzen legte. Dieses System wurde vom Volkszählungsbüro übernommen [Davison et al., 1996].

Im Jahr 1933 entwickelten die APA gemeinsam mit der *New York Academy of Medicine* eine landesweit akzeptierte *Nomenklatur* (*Standard Classified Nomenclature of Diseases*) mit 24 diagnostischen Kategorien und 82 Untergruppen [Davison et al., 1996]. Dieses Klassifikationssystem wurde wiederum hauptsächlich zur Diagnosestellung bei *stationären* Patienten mit schwerwiegenden psychiatrischen oder neurologischen Störungen eingesetzt

Nach dem zweiten Weltkrieg mussten neben den stationären Patienten vermehrt auch Kriegsteilnehmer mit weniger schweren psychischen Störungen ambulant behandelt werden, sodass die US-Armee und Veteranenverbände ein umfassenderes Begriffssystem entwickelten, um auch klinische Bilder wie beispielsweise psychophysiologische Störungen, Persönlichkeitsstörungen oder akute Störungen besser erfassen zu können .

Amerikanische Psychiater beteiligten sich entscheidend an den Bemühungen der WHO, die psychischen Störungen in die ICD-6 aufzunehmen [WHO, 1948]. Sie übten jedoch frühzeitig Kritik an der 1948 veröffentlichten ICD-6, da wichtige Störungsgruppen fehlten [Davison et al., 1996]. Deshalb übernahm die APA im Jahr 1952, basierend auf den oben erwähnten amerikanischen Vorläufern, die Ausarbeitung eines eigenen *Diagnostischen Statistischen Manuals Psychischer Störungen* (DSM), wobei versucht wurde, die Kodierungsziffern mit der ICD-6 der WHO abzustimmen. Die erste Ausgabe dieses Manuals (DSM-I) enthielt ein Glossar mit einer Beschreibung der diagnostischen Kategorien und war das erste offizielle Handbuch psychischer Störungen, das den Schwerpunkt auf die klinische Anwendung legte. Der durchgängige Gebrauch des Begriffs *Reaktion* im DSM-I zeigte den Einfluss der psychobiologischen Sicht Meyers , der annahm, dass psychische Störungen die Reaktion eines Individuums auf psychische, soziale und biologische Faktoren seien [Kendell, 1991]. Im Jahr 1968 wurde eine zweite Version des DSM herausgegeben, welche der ersten Version sehr ähnelte. Der Begriff *Reaktion* wurde jedoch in der DSM-II weggelassen [APA, 1980].

Im Jahr 1980 erschien eine dritte Version des DSM, welches sich durch wesentliche Neuerungen von ihren Vorgängern unterschied: Erstmals wurde in einem offiziellen Diagnosesystem die Forderung des britischen Psychiaters Stengel (1959) nach *operationalen Definitionen der Diagnosen* erfüllt [APA, 1980]. Für jede einzelne Störung wurden diagnostische Kriterien (Auflistung der relevanten Symptomatik in klaren Ein- und Ausschlusskriterien), diagnostische Entscheidungsregeln (Formulierung exakter Anwendungsregeln in einem strikten diagnostischen Algorithmus) vorgegeben. Das DSM-III folgte im Gegensatz zu seinen Vorläufern einen *deskriptiven* Ansatz und war somit - bis auf wenige Ausnahmen - frei von theoretischen und ätiologischen Annahmen [APA, 1980]. Zusätzlich führte das DSM-III das *multiaxiale* System in die Erwachsenenpsychiatrie ein, was die Registrierung aller Informationen mit 5 eigenständigen Merkmalsbereichen erlaubte. Neben der Symptomatologie konnten somit weitere wichtige Aspekte des Patienten, beispielsweise das psychosoziale

Funktionsniveau mit der *Global Assessment of Functioning Scale* (GAF), erfasst werden [Dilling, 1994].

Durch diese grundlegenden Neuerungen wurde das DSM-III damals zum weltweit wichtig-sten Klassifikationssystem [Davison et al., 1996]. Das Manual wurde in 12 Sprachen über-setzt, 1984 in die deutsche Sprache. Es fand Eingang in alle neueren psychiatrischen Lehr-bücher und Monographien und bestimmte zunehmend wissenschaftliches Denken und Sprechen im traditionell heterogenen Feld der psychiatrischen Diagnostik. Zwischen 1980 und 1987 erschienen in der wissenschaftlichen Literatur weltweit mehr als 2000 Beiträge, die sich auf das DSM-III bezogen [Davison et al., 1996]. Es konnte belegt werden, dass sich die Reliabilität der psychiatrischen Diagnostik und die Kommunikation in der wissenschaft-lichen Psychiatrie auf der Basis von DSM-III erheblich verbessert hatten.

In der revidierten Fassung *DSM-III-R* von 1987 wurden die Grundgedanken des DSM-III weiterverfolgt und zum Teil noch präzisiert [APA, 1987]. Neben Änderungen in Einzelfragen wurden im DSM-III-R vor allem die diagnostischen Hierarchien zu Gunsten des Modells der *Komorbidität* aufgegeben, wonach die Diagnose mehrerer psychischer Störungen am selben Patienten erwünscht wurde und nicht, wie - wie in der hierarchischen Diagnostik - eine eher ärgerliche Notlösung darstellte. DSM-III-R brachte zudem eine Reihe diagnosespezifischer Veränderungen, beispielsweise *Schweregradbeurteilungen* und *Remissionskriterien* [APA, 1987].

Das 1994 erschienene DSM-IV zeigte inhaltlich keine wesentlichen Veränderungen [APA, 1994]. Äusserlich fällt auf, dass das Buch fast doppelt so umfangreich ist wie DSM-III-R, was daran liegt, dass die beschreibenden Texte wesentlich ausführlicher sind. Bei den jeweiligen Störungsgruppen finden sich meist differenzierte Aussagen zu folgenden Themen-komplexen: diagnostische Merkmale, Subtypen, Spezifizierungen, zugehörige Merkmale und Störungen, spezifische kulturelle Merkmale, Alters- und Geschlechtsmerkmale, Prävalenz, Ersterkrankungsalter, Art des Beginns, Verlauf, familiäre Verteilungsmuster sowie Differentialdiagnose [APA, 1994]. Neu und wichtig ist die Einführung sogenannter *Kriterien für die klinische Relevanz* von Symptomen, beziehungsweise Störungen, was im Hinblick auf die *Schwellendefinition* von Störungen von grosser Wichtigkeit ist [APA, 1994]. Insgesamt enthält DSM-IV etwa 1000 Kriterien für die Erfassung von 395 psychischen Störungen und legt das Gewicht stärker als DSM-III-R auf die internationale Anwendbarkeit. Fast alle Stö-

rungsbilder führen den Begriff *disorder* im Namen, sodass beispielsweise die frühere *Major Depression* zur *Major Depressive Disorder* umbenannt wurde.

4.5.2 Wechselbeziehung zwischen ICD und DSM

Die Entwicklung der beiden Diagnose- und Klassifikationssysteme ICD und DSM verlief von Anfang an in einer gewissen Wechselbeziehung. Chronologisch lässt sich die Entwicklung wie folgt darstellen:

1948	ICD-6	erste offizielle Klassifikation der WHO, Verzeichnis
1952	DSM-I	Definition der Kategorien, Beschreibung der Syndrome
1955	ICD-7	
1965	ICD-8	Erweiterung um neue Krankheitsgruppen, internationale Kooperation bei der Entwicklung
1968	DSM-II	
1977	ICD-9	Beschreibung der Kategorien
1980	DSM-III	erste offizielle Operationalisierung psychiatrischer Störungen deskriptiver Ansatz, multiaxiale Klassifikation, Feldstudien vor der Einführung
1987	DSM-III-R	Einführung des Komorbiditätsprinzips
1992	ICD-10	operationale Diagnosen
1994	ICD-10	Forschungskriterien
1994	DSM-IV	

Wie bereits erwähnt, hatten amerikanische Psychiater einen entscheidenden Anteil an den Bemühungen der WHO, die psychiatrischen Störungen in die ICD-6 zu integrieren [Davison et al., 1996]. Sie übten jedoch frühzeitig Kritik an der 1948 veröffentlichten ICD-6, da wichtige Störungsgruppen - wie beispielsweise Demenz, Persönlichkeitsstörungen und Anpassungsstörungen - fehlten. Im Jahr 1952 veröffentlichte die *American Psychiatric Association* ihr eigenes *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder*, welches an die

Grundprinzipien der ICD-6 anlehnte [Kendell, 1991]. Die Entwicklung von DSM-II wurde ebenfalls mit der Entwicklung der nächsten (8ten) Version von ICD koordiniert.

Die dritte Version des DSM stellte ein von der ICD und WHO unabhängiges Diagnose- und Klassifikationssystem dar [APA, 1980]. Bei dem 1980 veröffentlichten DSM-III handelte es sich um ein wesentlich erweitertes Diagnostisches Manual mit einer Vielzahl methodologischer Neuerungen, beispielsweise die operationalen Diagnosen, der deskriptive Ansatz sowie das multiaxiale System. Das im Jahr 1992 veröffentlichte ICD-10 nahm diese Neuerungen des DSM-III und DSM-III-R auf [WHO, 1992]. Darauf abgestimmt erschien 1994 das DSM-IV. Um einzelne Fragestellungen zu bestimmten Kriterien empirisch zu begründen, wurden die Merkmalslisten von DSM-III, DSM-III-R und ICD-10-Forschungskriterien in 12 Feldstudien an insgesamt 6000 Patienten verglichen [APA, 1994]. Ziel dabei war es, die Kompatibilität der Systeme zu verbessern und bedeutungslose Formulierungsunterschiede zu verringern. Dies drückt sich darin aus, dass fast alle in DSM-IV beschriebenen Störungen, wenn auch zum Teil in verschiedenen Klassen, auch in der ICD-10 enthalten sind, sodass die *Übersetzung* von einem zum anderen System gegenüber früheren Ausgaben deutlich verbessert ist [Schulte-Markwart, 2002].

Die Diagnosen von ICD-10 und DSM-IV sind daher weitgehend, jedoch nicht vollständig, vergleichbar. Bei dem Versuch, die Unterschiede zwischen dem amerikanischen und dem internationalen diagnostischen Schema zu verringern, tauchten Fragen nach kulturellen Einflüssen auf die Psychopathologie auf: Sind beispielsweise diagnostische Kriterien, die in Industriegesellschaften formuliert wurden, auch auf Entwicklungsländer übertragbar [WHO, 1992]? Belege dafür gibt es wenige, aber bei beiden am gründlichsten untersuchten Störungen - der Schizophrenie und der Depression - scheinen die Kernsymptome in allen Kulturen gleich zu sein.

Ein weiteres Problem besteht in der fachgerechten Anwendung der Systeme in der klinischen Praxis und Forschung [Sass, 1996]. Wie neuere Studien zeigten, ist der sorgfältige Gebrauch von DSM-III-R und DSM-IV auch in den USA selbst nicht die Regel – umso mehr könnten sich im deutschsprachigen Raum wegen den sprachlichen Barrieren und des Fehlens von entsprechenden formalen Trainingsprogrammen in der Anwendung von DSM-IV Probleme ergeben. Kritiker vermuten, dass sich deutschsprachige Kliniker auch bei der Verwendung von DSM-IV implizit stärker an europäisch traditionellen Modellen orientieren,

die psychische Störungen eher im Sinne von Krankheitseinheiten als von operationalen Diagnosen verstehen [Sass, 1996]. Dabei würden die speziellen Diagnosekriterien dann eher im Kontext individueller klinischer Gepflogenheiten, beispielsweise zur Bestätigung des eigenen diagnostischen Eindrucks als systematisch im Sinne des operationalen Manuals angewendet. Dies erschwert die internationale Forschung erheblich.

Als problematisch haben sich ferner bestimmte diagnostische Konzepte im DSM-III-R erwiesen, die im deutschsprachigen Raum offensichtlich - trotz ihrer eindeutigen Definition im Manual - mit unterschiedlichen *Konnotationen* belegt waren [Davison et al., 1996]. Der Begriff der *Dysthymen Störung* wurden, den Vorschlägen amerikanischer Experten folgend, un-kritisch mit dem diagnostischen Terminus neurotische Depression gleichgesetzt, obwohl empirische Studien überzeugend gezeigt haben, dass Patienten mit einer im herkömmlichen Sinne diagnostizierten *neurotischen Depression* fast immer die Kriterien einer *Majoren Depression* erfüllen.

In Anbetracht einer relativ grossen Konvergenz beider Systeme stellt sich für die Anwender die Frage nach der Notwendigkeit zweier konkurrierender Systeme [Van Drimmelen-Krabbe, 1999]. Diese ergibt sich aus den unterschiedlichen Blickwinkeln. Ein Hauptunterschied beider Systeme liegt darin, dass das ICD ein internationales Klassifikationssystem, das DSM hingegen ein nationales Klassifikationssystem darstellt. Die Aufgabe der WHO besteht darin, ein für alle Länder und Gesundheitssysteme akzeptables Klassifikationssystem zu entwickeln. Dabei werden häufiger als bei nationalen Klassifikationssystemen wie dem DSM vielfältige Kompromisse und Ergänzungen notwendig, die zwangsläufig bestimmte Ordnungs- und Gestaltungsprinzipien aufweichen. Ein weiterer wesentlicher Unterschied liegt darin, dass die ICD ein Klassifikationssystem sämtlicher medizinischer Diagnosen darstellt. Für die WHO besteht somit die kontinuierliche Verpflichtung gegenüber den Mitgliedsländern der UNO, in bestimmten Zeitabständen, gemäss dem Fortschritt der gesamten Medizin, Revisionen vorzunehmen, die nicht nur den Bereich der psychischen Störungen betreffen .

Aus Sicht der APA ist ein eigenes nationales System im Hinblick auf nationale diagnostische Gewohnheiten relevant [APA, 1994]. In Forschungsfragestellungen besteht heute die Tendenz, beide Systeme im Sinne eines *polydiagnostischen Ansatzes* einzusetzen. In den USA werden die Kodierungsvorschriften nach wie vor an der ICD-9-CM, einer klinischen Modifikation von ICD, orientiert [Van Drimmelen-Krabbe, 1999]. Deshalb kann wegen der Kom-

munikation mit den angloamerikanischen Forschungspublikationen auch nicht auf die Wiedergabe der in den USA üblichen ICD-9-CM verzichtet werden.

In beiden Systemen wird der Begriff „*Störung*“ durchgängig verwendet, der den problematischen Begriff „*Krankheit*“ ersetzt.

Zusammenfassend sollen nochmals die wichtigsten Unterschiede zwischen ICD-10 und DSM-IV dargestellt werden:

Formale und strukturelle Unterschiede:

- (1) die ICD-10 ist ein *internationales*, das DSM-IV ein *nationales* Diagnose- und Klassifikationssystem.
- (2) die ICD-10 verfügt - im Gegensatz zum DSM-IV - entsprechend den unterschiedlichen Aufgabenstellungen über eine Vielzahl *unterschiedlicher Versionen*. Die Forschungskriterien der ICD-10 weisen die grösste Übereinstimmung mit dem DSM-IV auf.
- (3) die ICD-10 stellt ein drei Achsen umfassendes multiaxiales System, die DSM-IV ein 5 Achsen umfassendes multiaxiales System zur Verfügung. Die Achsen II und III des DSM-IV werden bei der ICD-10 auf der Achse I kodiert:

Die 3 Beobachtungsachsen der ICD-10 lauten:

- Achse I : klinische Diagnosen (psychiatrische und somatische Diagnosen)
- Achse II : soziale Funktionseinschränkungen (4 Subskalen für Beruf und Familie)
- Achse III : umgebungs- und situationsabhängige Faktoren (Probleme der Lebensführung und Lebensbewältigung)
- Achse IV : entfällt
- Achse V : entfällt

Die 5 Beobachtungsachsen des DSM-IV lauten:

Achse I :	klinische Störung und andere klinische Zustandsbilder
Achse II :	Entwicklungs- und Persönlichkeitsstörung, geistige Behinderung
Achse III :	medizinische Krankheitsfaktoren (z.B. ZNS-Erkrankungen, Unfallfolgen)
Achse IV :	psychosoziale und umgebungsbedingte Probleme (Familie, Beruf)
Achse V :	globale Beurteilung des Funktionsniveaus (GAF-Skala)

- (4) das Ziel einer *möglichst differenzierten Kodierung* wird in der ICD-10 stärker umgesetzt. So gibt es z.B. in der ICD-10 für die Kodierung des Verlaufs schizophrener Störungen eine 5. Stelle, die im DSM-IV fehlt (s.a. Kap. 10). Im DSM-IV ist nur eine verbale Beschreibung des Verlaufs ergänzend zur Diagnose möglich. (1) ICD-10 gibt einigen Störungsgruppen wesentlich mehr Verschlüsselungsmöglichkeiten als DSM-IV. Zudem sind immer noch erhebliche Unterschiede in der Akzentsetzung vorhanden, da für DSM-IV die forschungsorientierten Gesichtspunkte stärkeres Gewicht besitzen. ICD-10 bemüht sich stärker um die interkulturelle Perspektive und die Anwendbarkeit vor allem auch in den Ländern der dritten Welt, - obwohl auch DSM-IV hier Fortschritte gemacht hat -, etwa durch das Unterkapitel *Kulturelle Merkmale*. Die beschreibenden Texte sind in ICD-10 deutlich kürzer und weniger kategorisch, was sich in typischen Formulierungen wie „normalerweise“ und „sollten vorhanden sein“ ausdrückt, während DSM-IV striktere Definitionen bevorzugt, etwa „sind erforderlich“. Insofern hat ICD-10 eher einen *Richtlinien-* und DSM-IV eher einen *Vorschriftscharakter* [Schulte-Markwart et al., 2002].

Konzeptuelle, inhaltliche, begriffliche Unterschiede

Darüber hinaus besteht eine Reihe von Unterschieden auf der Ebene einzelner Störungsgruppen beziehungsweise Subgruppen. Im Besonderen zeigen sich unterschiedlich restriktive Demenzkriterien, unterschiedliche Depressionsbegriffe, unterschiedliche Klassifizierungen der Angststörungen und der Persönlichkeitsstörungen.

Zusammenfassend handelt es sich um

- (1) Unterschiede hinsichtlich organischer psychischer Störungen und der Zuordnung der *substanzbedingten Demenzen*, beziehungsweise *Delir*
- (2) Unterschiedliche Definition der *Schizophrenie* (Zeitkriterium, Untergliederung und Zuordnung der *schizotypen Störung*)
- (3) Unterschiedliche Gruppierung von *Angststörungen*, *somatoformen* und *dissoziativen Störungen*, ebenso wie der *Schlaf-*, der *Impulskontroll-* und der *Anpassungsstörungen*
- (4) Unterschiedliche Untergliederung der *somatoformen Störungen*, insbesondere der *Schmerzstörungen* und der *körperdysmorphen Störung*
- (5) Unterschiedliche Untergliederung und Gruppierung der *Sexual-* und *Geschlechtsidentitätsstörungen*
- (6) Im ICD-10 Einführung der Kategorien *psychische Störungen im Wochenbett* und *Missbrauch von Substanzen, die keine Abhängigkeit hervorrufen*
- (7) Im ICD-10 Wegfall der *narzisstischen*, *schizotypischen* und *vermeidenden Persönlichkeitsstörung* sowie der Unterteilung der *emotional instabilen Persönlichkeitsstörung* in einen *impulsiven* und einen *borderline-Typus*
- (8) Im ICD-11 Zusatzkodierungen und Kategorien zum Missbrauch

5 VERSTEHENDE DIAGNOSTIK

5.1 Akzeptanz des operationalisierten Diagnosesystems ICD-10

Die ICD-10 bricht erstmals mit der bisherigen Tradition der Beschreibung von *Krankheitsbildern* und ersetzt diese durch die operationale Diagnostik. Störungen sind somit in der ICD-10 keine Bilder mehr, sondern durch eine Auflistung von Kriterien und eine angebbare Rechenoperation definierte Abweichungen von einem Normalzustand. Im psychiatrischen Fachgebiet ist dieser Wechsel vom *anschaulichen Bild* zur *unanschaulichen Störung* am deutlichsten, zumal insbesondere im deutschsprachigen Raum eine bunte Mischung aus psychiatrisch-deskriptiven und psychodynamisch-deutenden Anteilen die alten Bilder traditionell bestimmte [Landis, 2001]. Aber auch die Somatik kannte noch reichlich bildhaft beschreibende Syndrome, die sie so in der neuen Nomenklatur nicht mehr wiederfindet.

Die Einführung der 1992 veröffentlichten ICD-10 blieb nicht ohne Widerstand bei den klinisch Tätigen [Dilling, 1998]. Mangelnde Vorbereitung der Einführung, unübersichtliche, unvollständige und für den praktischen Gebrauch oft viel zu differenzierte Tabellen führten beispielsweise in Deutschland von Seiten der niedergelassenen Ärzte zur erfolgreichen Verweigerung der offiziellen Anwendung der ICD-10.

Andererseits muss auch mit tiefer liegenden Widerständen gerechnet werden: Viele klinisch Tätige erleben das Gefühl der Auflösung traditioneller, tief verankerter diagnostischer Denkstrukturen - wie beispielsweise das Neurosenmodell oder das Endogenitätsprinzip - aber auch das Festgelegtwerden auf einen neuen, möglicherweise von aussen kontrollierbaren Kode als unangenehm [Dilling 1994a]. *Psychoanalytisch-orientierte* Kritiker des neuen operationalen Ansatzes der ICD-10 argumentieren weiter, dass eine Diagnostikforschung, die sich als Magd der biologischen Psychiatrie ganz den Erfordernissen einer vermeintlich objektiven Deskription einfacher Verhaltensdaten anpasst, die Arzt-Patienten-Beziehung in der diagnostischen Situation grundlegend verändern. [Landis, 2001]. Beispielsweise könnte eine phänomenologische Analyse der seelischen Abläufe mit Hilfe von *Empathie*, *Introspektion* und *genetischem Verstehen*, die wesentlich auch auf der *Selbstwahrnehmung* beruht, den gängigen Reliabilitätsforderungen nur schwer genügen.

Mit den modernen Klassifikationsverfahren sind die *phänomenologisch-anthropologischen Ansätze* noch inkompatibler, die mit der Kritik an einer vorschnell am Krankheitsmodell orientierten symptomatologischen Diagnostik den Wunsch nach einer *umfassenden Analyse des Daseins* beziehungsweise der Lebenswelt verbinden [Wiggins 1994]. Gegenüber dem Reduktionismus der biologisch-empiristischen Diagnostik markiert ein solcher *holistischer Ansatz* das andere Extrem eines Spektrums, in dem der klinisch-psychopathologische und deskriptiv-phänomenologische Ansatz der *älteren Heidelberger Psychopathologie* eine vermittelnde Position einnimmt .

Die Suche nach der *inneren Wahrheit* hat in der europäischen Psychiatrie eine grosse Tradition [Landis, 2001]. Die interaktive, interpersonale, verstehende, deutende Diagnostik und Behandlung legt ihren Fokus auf die *Innenperspektive*. Dabei geht es primär um das *subjektive Erleben*, die *Gestalt*, das *Wesen* einer Krankheit. Erfasst werden soll die innere Struktur des Patienten: wie sieht die Organisation des Psychischen aus? Und wie erhalten wir Kenntnis von dieser Innenansicht, dem Erlebensaspekt vom Kranksein?

Im Gegensatz dazu nehmen die operationalen phänomenologisch-deskriptiven Diagnosen der ICD-10 eine *Aussenperspektive* ein. Sie bilden das ab, was von aussen her sichtbar ist: das beobachtbare Verhalten, das Phänomen, das in *Erscheinung* tritt. Dabei wird auf die *Validität* eher verzichtet [Sass, 1994]. Die Validität ist eine Eigenschaft von Konzeptualisierung: Man macht sich auf einer anschaulichen Ebene einen Begriff von einer Sache. Die Validität zeugt also von einer Theoriebildung bezüglich dessen, was mit der Diagnose auch tatsächlich und spezifisch inhaltlich erfasst werden soll [Hirsig, 1993] Im Falle von psychischen Störungen geht es hinsichtlich der Validität um eine psychopathologisch bedeutsame Konfiguration von Merkmalen, die eine *sinnerfüllte und als wahr erlebte Gestalt* ergeben [Landis, 2001]. Die Fähigkeit und Notwendigkeit, sinnvoll zu leben, Sinn in seinem Leben zu erleben, ist etwas spezifisch Menschliches und somit auch in der Psychopathologie ein nicht zu vernachlässigender Aspekt [Scharfetter, 1996].

Landis [2001] spricht davon, dass Klassifikation und die damit einhergehende Reliabilität Eigenschaften einer eher *formalen Reflexion* sind, einer an einer positivierbaren, optimalerweise toten, zumindest aber seelenlosen Gestalt orientierten Betrachtung. Das Beobachtete kann deskriptiv beschrieben werden, wobei Deskription meint, dass einem Begriff immer nur eine und eindeutig eine bestimmte Sache zuzuordnen ist [Sass, 1994]. Die

Konzeptualisierung und die damit einhergehenden Validität hingegen sind Eigenschaften einer eher *inhaltlichen Reflexion*, einer Betrachtung, die die inhaltliche phänomenale Füllung von etwas Wahrgenommenem immer zugleich mit dessen formalen Gestalt mitreflektieren muss [Landis, 2001].

Dies führt dazu, dass aus formal zunächst identischen Kriterien beziehungsweise Kriterien-sets - wie beispielsweise der depressiven Störung - unvermeidlich wieder *differente Bilder* werden. Form und Inhalt sind hierbei sowohl abhängig als auch zugleich unabhängig voneinander. *Das Beobachtete muss interpretativ beschrieben werden*, wobei interpretativ nicht mit Freiheit zur Willkür verwechselt werden darf.

Die ICD-10 geht jedoch von einem atheoretischen Ansatz aus, das heisst von einer rein *formalen Reflexion* [WHO, 1992]. Der psychiatrische Untersucher, der sich an die ICD-10 anlehnt, muss sich seinem beobachteten Patienten insofern angleichen, als er versucht, sein Denken und Wahrnehmen von jeglichen subjektiven Anteilen zu reinigen, das heisst seine eigene Reflexivität ausser Kraft setzt [Landis, 2001]. Wir haben es in der operationalen Diagnostik daher mit einer Beziehung zwischen einem objektiven Subjekt und einem objektiven Objekt zu tun, was das Schlagwort von der Subjekt-Objekt-Beziehung verkürzend widerspiegelt.

Trotz der ernstzunehmenden, vielfältigen Kritik an der psychiatrischen und vor allem an der operationalen Diagnostik kann jedoch gezeigt werden, dass das ernst genommene Diagnostizieren durchaus ein Erkennen von Wahrheit meint [Scharfetter, 1996]. Diese kann jedoch nicht auf der phänomenologischen Ebene festgemacht - also nicht positivistisch kodifiziert - werden. Vielmehr liegt sie auf einer abstrakteren Ebene, der Ebene der nach *Freud* eher stiefmütterlich behandelten *Metapsychologie*, auf welcher Wahrheit als *dialektische Logik* des psychisch-geistigen Lebens (*Bion, Giegerich*) – und damit auch der Erkrankungsmöglichkeiten des Menschen - erkannt und beschrieben - eben diagnostiziert - werden kann [Scharfetter, 1996].

5.2 Psychodynamische Diagnostik

Angesichts der tiefgreifenden Veränderungen der ICD-10 gegenüber der ICD-9 ist es umso wichtiger, das traditionelle neurosenpsychologische Wissen der Psychoanalyse zu bewahren und damit klar von den rein deskriptiven Begriffen abzugrenzen und diese zu ergänzen [Dilling, 2000]. Der psychoanalytische Terminus *Neurose* bedeutete sowohl den Rückgriff auf die Lebensgeschichte als auch Bezug auf die derzeitigen Lebensbedingungen (oder anders ausgedrückt: Lerngeschichte und aufrechterhaltende Bedingungen) [Mentzos, 1986]. Der traditionelle Begriff *Neurose* umfasst die Symptombildung und auch den Wechsel der Symptome als ein Zusammenspiel von Veranlagung und Umwelt unter Berücksichtigung *unbewusster Prozesse*. Besonders für die *psychotherapeutische Indikationsstellung* ist in der Regel nicht allein die klinisch-symptomatische Beschreibung entscheidend, sondern ebenso die dynamisch-strukturelle Beschreibung des Konflikts, der Abwehr, der Persönlichkeit und der sozialen Interaktionsmuster [Mertens, 2000].

5.2.1 Psychodynamische Klassifikation und Kernprinzipien

Neurotische Störungen sind keine mehr oder weniger akuten Erkrankungen im medizinischen Sinne, sondern sich längerfristig auswirkende gestörte Persönlichkeitsentwicklungen und deren Folgen [Haug, 2001]. Dies erschwert die Klassifikation neurotischer Störungen nach den in der Psychiatrie üblichen Kriterien. Zudem scheitert der Versuch einer typologisierenden Einordnung der Ergebnisse häufig daran, dass die Fülle der Befunde nur schwer in eine eindeutige spezifische Neurosen-Diagnose eingeordnet werden kann [Scharfetter, 1996].

Trotz dieser Bedenken erscheint es sinnvoll, *idealtypische neurotische Konstellationen* auszuarbeiten und Fälle ähnlicher Psychodynamik sowie ähnlichem Erscheinungsbild zusammenzufassen. Solche idealtypischen Bilder - die nur das Äussere, das Beschreibbare abbilden - bestanden seit den Anfängen der Psychoanalyse und waren bis zur Veröffentlichung der ICD-10 in der ICD6 - 9 enthalten: *Depressive Neurosen*, *Zwangsneurosen*, *hysterische Neurosen* und *Angstneurosen*. Freud war der erste, der sich über das aktuelle

Erscheinungsbild hinaus mit der *Psychogenese* und der Psychodynamik beschäftigt hat und sich um ein umfassendes Modell bemühte. Im Rahmen dessen entsprechen sich eine

bestimmte Symptomatik einer besonderen psychischen Entstehungsart (Psychogenese), ein besonderer Konflikt, bestimmte Abwehrmechanismen sowie bestimmte Charaktermerkmale [Mertens, 2000]. In der Praxis hat sich ein solches klassifikatorisches System aber nur teilweise bewährt [Peters, 2003]. Die Zwangssymptomatik ist beispielsweise nicht nur bei Patienten mit analen Konflikten aufzufinden, sondern auch bei Depressionen oder beginnenden Schizophrenien. Die meisten Fälle lassen sich nicht genau in die erwartete Kombination von Psychogenese, Konfliktart, Abwehrmechanismus und Symptomen einordnen, stellen also keine Krankheitseinheit dar. Die ICD-10 begegnet diesem Problem mit dem deskriptiven Ansatz und der damit verbundenen Aufgabe von theoretischen und ätiologischen Annahmen [WHO, 1992]. In der psychoanalytischen Diagnostik ging man in den letzten Jahren dazu über, eine *mehrdimensionale* Diagnose auf verschiedenen Ebenen anzustreben, beispielsweise das dreidimensionale Modell nach Mentzos, welches den unbewussten Konflikt, die Persönlichkeitsstruktur und den Verarbeitungsmodus beschreibt [Mentzos, 1986]. Vorteil dieses *flexiblen Diagnosesystems* ist ein vertieftes Verständnis des Patienten und dessen dynamischer Entwicklung innerhalb der Therapie. Mit einem solchen flexiblen diagnostischen Modell wird es möglich, die sogenannten *atypischen* Neurosen – welche im klinischen Alltag häufiger als die sogenannten typischen anzutreffen sind – zu erfassen, als auch das rätselhafte Springen von einem Syndrom zum anderen in seiner inneren Logik psychodynamisch zu verstehen, einzuordnen und für das Verständnis des Patienten nutzbar zu machen.

Bei der operationalisierten psychodynamischen Diagnostik (OPD) handelt es sich um ein System der deutschsprachigen multizentrischen Arbeitsgruppe, die in Verbindung mit der Einführung der ICD-10 entstanden ist. [Arbeitskreis OPD, 1996]. Neben der diagnostischen Achse nach ICD-10 (Achse 5) wurden für die Beschreibung der Psychotherapieindikation und Prognose folgende zusätzliche Aspekte berücksichtigt: *Krankheitserleben und –verarbeitung* (Achse 1), *Beziehungen* (Achse 2), *Struktur* (Achse 3) und *Konflikt* (Achse 4).

Obwohl es kein universelles, in allen klinischen Praxisfeldern etabliertes psychoanalytisches diagnostisches Modell gibt, existieren diagnostische *Kernprinzipien*, nach denen sich die psychoanalytische Diagnostik allgemein richtet [Mans, 2000]: (1) Unbewusste innerpsychische Prozesse beeinflussen menschliches Verhalten und Handeln und liegen normalen wie auch pathologischen Phänomenen zugrunde. (2) Widerstreitende innere Spannungen führen zu innerpsychischen Konflikten. (3) Psychosoziale Konflikte und Symptome sind Manifestationen

dieser innerpsychischen Konflikte. (4) Berücksichtigung der genetischen Perspektive: Annahme, dass die aktuelle Konfliktsituation eines Menschen im Kontext seiner lebensgeschichtlichen Erfahrungen entstanden ist und in diesem Kontext zu verstehen ist.

5.2.2 Psychodynamische diagnostische Verfahren und Instrumente

Die Psychoanalyse wählte einen anderen Zugang zur Diagnostik als die Psychiatrie, deren diagnostischen Grundzüge in den voran gegangenen Kapitel beschrieben wurden. Die Psychoanalyse ist in erster Linie an der *intrapyschischen* Dynamik des Patienten interessiert und misst der *Begegnung* zwischen Diagnostiker und Patient, im Gegensatz zur rein deskriptiven psychiatrischen Diagnostik, bei der der Diagnostiker letzten Endes austauschbar sein sollte, eine wichtige Rolle zu.

Dem psychoanalytischen diagnostischen Prozess soll eine möglichst unbeeinflusste *narrative Darstellung* und *interaktive Inszenierung* der konflikthafter Beziehungsgestaltung, Verhaltens- und Erlebnisweisen des Patienten zugrunde liegen [Boothe et al., 1998]. In der Psychoanalyse werden drei Verfahren regelmässig zur psychoanalytischen Diagnostik eingesetzt: das *psychoanalytische Erstinterview*, die tiefenpsychologische Anamnese und die Anamneseerhebung unter psychosomatischen Gesichtspunkten [Hoffmann et al., 1991].

Das *psychoanalytische Erstinterview* findet in der Regel vor Beginn der Behandlung statt, es besteht aus einem unstrukturierten Gesprächsteil, der dem Patienten ein möglichst freies Feld zur Darlegung seiner persönlichen Problematik zur Verfügung stellen soll [Argelander, 1982]. Im weiteren Verlauf des Gesprächs erfasst und präzisiert der Diagnostiker durch gezielte und weiterleitende Fragen die Bereiche, die noch nicht genügend dargestellt wurden.

Die psychoanalytische Diagnostik misst den Informationen, die sich aus der *szenischen* Interaktion zwischen Therapeut und Patient, vor allem der *Eröffnungsszene*, ergeben, grosse Bedeutung zu [Argelander, 1982]. Die *szenischen-situativen* Informationen zeigen sich in der Interaktion von Patient und Therapeut und sind für die unbewusste Konfliktdarstellung am aufschlussreichsten. Im Zentrum der Aufmerksamkeit steht also das Erlebnis der Situation mit all seinen Gefühlsregungen und Vorstellungsabläufen – auch wenn der Patient schweigt. Die Informationen bestehen also keineswegs nur aus dem Gesagten, und sie beginnen auch nicht

erst im Gespräch zu fließen, sondern die psychischen Inhalte zeigen sich gerade auch im nonverbalen Geschehen vor und während des Gesprächs.

Initialerzählungen sind die ersten während eines Erstinterviews vom Patienten dargebotenen Erzählungen [Boothe et al., 1998]. Boothe et al., analysierten systematisch eine Reihe solcher Initialerzählungen und kamen zum Schluss, dass die Initialerzählung psychodiagnostisch informativ ist, jedoch nicht alle relevanten Teilinformationen enthält. Diese müssen aus weiteren Erzählungen extrahiert werden. Die zentralen Konflikte der betreffenden Person inszenieren sich häufig jedoch bereits in der Initialerzählung. Das psychoanalytische Erstinterview beinhaltet die mitschwingende Frage nach der *Indikation zu einer Psychotherapie* beziehungsweise zur Form der Therapie und wird von einigen Autoren deswegen auch als eine Art Sonderform einer therapeutischen Sitzung angesehen [Scharfetter, 1996].

Daneben sind folgende Themenbereiche bei der Erstellung der Diagnose zu beachten: Subjektive und objektive lebensgeschichtliche Zusammenhänge, die Symptomatik und deren auslösende Situationen, innerpsychische Konfliktkonstellationen und ihre psychosozialen Manifestationen sowie die Beziehungsgestaltung. Neben dem Verständnis für die pathologischen Anteile der Persönlichkeit ist es in allen psychoanalytischen Untersuchungen wichtig, geglückte Teile der Lebensbewältigung des Patienten, sowie seine Ressourcen zu erfassen und als Ansatzpunkt für eine erfolgsversprechende Therapie zu verwenden [Mertens, 2000].

Die *tiefenpsychologische Anamnese* wurde von *Neo-Psychoanalytikern* mit dem Ziel entwickelt, diagnostisch wichtige Faktoren aus Vergangenheit und Gegenwart des Patienten mittels *halbstrukturierten* Fragen gründlich zu erheben [Argelander, 1992]. Dieses diagnosti-

sche Gesprächsinstrument führt zu einer für die analytische Diagnostik geeigneten Selbstdarstellung des Patienten, da dieser durch gezieltes Nachfragen des Diagnostikers ein Bild über sich, den Grund seines Kommens, seine Konflikte und Beschwerden sowie seine persönlichkeitsstrukturelle und antriebspsychologischen Auffälligkeiten abgibt. Weitere Themenkomplexe, die in einer tiefenpsychologischen Anamnese erfasst werden, sind beispielsweise Berufsprobleme, Partnerwahl, Familienleben, Gruppenzugehörigkeit und Freizeitaktivitäten. Die tiefenpsychologische Anamnese weist Ähnlichkeiten zur psychiatrischen anamnestischen Befunderhebung auf. Die psychiatrische anamnestische Befunderhebung

legt jedoch den Schwerpunkt stärker auf nosologische Kategorien und nicht auf das Verstehen unbewusster Prozesse.

Die psychoanalytische Diagnostik spielt sich heute zwischen den beiden Polen einer prozessbegleiteten und theoriegeleiteten Diagnostik ab. Die Aufgabe des Psychoanalytikers dabei ist es, sein erlebendes und beobachtendes sowie sein konzeptualisierendes Ich einzusetzen, um zu einer differentiellen Indikationsstellung zu gelangen [Janssen, 1994].

6 SCHLUSSFOLGERUNGEN

Auf die Notwendigkeit und die Vorteile eines internationalen operationalen Klassifikationssystems wie der ICD-10 sowie einer einheitlichen standardisierten Befunderhebung für die Kommunikation zwischen den Fachleuten im klinischen Alltag sowie für die Forschung ist in dieser Arbeit mehrfach hingewiesen worden. Dabei dürfen die entscheidenden Ziele jeder Diagnose nicht aus den Augen verloren gegangen werden, nämlich die diagnosespezifische Therapie sowie die diagnosespezifische Prognose [Dilling, 1994a]. Hier kommt die alte Forderung einer nosologischen, auf spezifische Ätiologie gegründete Diagnostik wieder zum Tragen mit der Forderung nach einer Therapie, die sich direkt auf die Schädigung beziehen soll.

Bei den körperlichen und körperlich begründbaren psychischen Störungen ist dies eine Selbstverständlichkeit. Die biologisch-orientierte Psychiatrie bringt hinsichtlich Ätiologie in den zukünftigen Jahren vielleicht Fortschritte, besonders wenn man kleinere Krankheits-entitäten zu präzisieren versucht, die möglichst substratnah anzusiedeln sind. Hierunter fallen bipolare affektive Störungen, saisonale Depressionen, aber auch einzelne Typen schizophrener Erkrankungen, wie beispielsweise die periodische Katatonie nach *Kleist* und *Leonhard* mit hoher erblicher Belastung [Dilling, 1994a]. Auch wenn sich bei vielen neurotischen Störungen Korrelationen zu Stoffwechselfvorgängen nachweisen lassen, so besteht hier jedoch keine Spezifität, und auch der psychogene Konflikt ist in vielen Fällen nicht *lokalisierbar*.

Durch das erklärte Ziel einer auf die Ätiologie bezogenen Diagnostik und Therapie darf jedoch der Blick auf das Ganze des Krankseins und die Individualität des Patienten nicht verloren gehen. Ziel ist nicht die *Fixierung* auf eine Diagnose, sondern eine veränderte Erlebens- und Verhaltensweise. Dies muss nicht in einem Gegensatz zur deskriptiven Psychopathologie stehen. Das Beschreiben und Benennen bedeutet - richtig verstanden - keine Fixation der Erlebnis- und Verhaltensweise eines Menschen [Scharfetter, 1996]. Deskriptive Psychopathologie als Grundlage der Psychodynamik ist *nicht statische* Psychiatrie. Gerade der, der sorgfältig und selbstkritisch beobachten und beschreiben gelernt hat, wird deutlich erkennen, dass Psychopathologie etwas unaufhörlich Bewegtes, nichts Starres ist, dass kein Gegensatz zwischen deskriptiver Psychopathologie und sogenannter „Psychodynamik“ besteht, sondern dass eine saubere deskriptive Psychopathologie die Grundlage für eine *Werdens-Geschichte* ist, die sich nicht im Spekulativen verliert [Scharfetter, 1996].

Im Gegensatz zu den vorwiegend naturwissenschaftlich eingestellten Psychiatern des ausgehenden 19. Jahrhunderts, die den Kranken als einen Beobachtungsgegenstand formulierten, gibt es heute unter dem Einfluss der im 20. Jahrhundert aufkommenden Psychoanalyse immer mehr humanistisch-orientierte Psychiater, welche die psychiatrische Untersuchung und Behandlung als eine Einheit sehen. Somit dient das klinische Gespräch gleichzeitig der Untersuchung wie der Therapie. Nach wie vor hat der deskriptive Teil in der heutigen Psychiatrie seinen festen Rückhalt, jedoch sind es nicht mehr nur die einzelnen Krankheitszeichen, nach denen der Psychiater fahndet, sondern die ganze Lebenssituation des Kranken mit seiner Geschichte. Ebenso rückt die Beziehung zwischen Arzt und Patient immer mehr ins Blickfeld.

Im Sinne *Sullivans* wird der Psychiater somit von einem distanzierten zu einem „teilnehmenden“ Beobachter [Sullivan, 1955]. Er lernt, sich selbst immer deutlicher als Untersuchungsinstrument einzusetzen. Das wichtigste Untersuchungsmedium, die Person des Psychiaters, ist gleichzeitig auch das entscheidende psychotherapeutische Instrument. Das hat zwangsläufig dazu geführt, die deskriptive und die introspektive Untersuchungsmethode zu vereinen. *Balint* benutzt die Begriffe *einpersonale* bzw. *zweipersonale* Biologie und Psychologie [Balint, 1962]. Erstere entsprechen der klassischen, klinischen Krankenuntersuchung, die zweite sei Voraussetzung für die psychiatrische Untersuchung zwischenmenschlicher Beziehungen. Daraus wurde dann die anschauliche Kurzformel abgeleitet, dass sich die Eine-Person-Situation der ärztlichen Untersuchung in eine zwei Zwei-Personen-Situation verwandeln müsse, damit Psychotherapie geschehe.

Die heutige psychiatrische Untersuchungstechnik, mindestens soweit sie gleichzeitig auch als Einleitung einer Behandlung gedacht ist, verlangt also mehr vom Psychiater als die frühere Methode. Er kann sich nicht mehr in der Rolle des Beobachters und Sammlers von Fakten verharren, er darf diese Haltung aber auch nie vernachlässigen, weil ihm sonst entscheidende psychopathologische Symptome entgehen können. Er muss die Fähigkeit entwickeln, aus der Rolle des distanzierten in jene des engagierten Beobachters zu wechseln und umgekehrt. Nur unter dieser Voraussetzung kann er den Kranken möglichst ganz erfassen.

Nach *Scharfetter* [1996] soll die klinische Untersuchung sowohl diagnostische wie auch therapeutische Elemente enthalten. Sie soll diagnostisch Auskunft geben über den gegen-

wärtigen psychopathologischen Zustand sowie die Anamnese. Therapeutisch soll sie Auskunft geben über die Gesprächszugänglichkeit des Patienten, seine Beziehungsfähigkeit und Bereitschaft, seine Therapiebedürfnisse sowie therapeutische Ansprechbarkeit (Introspektionsfähigkeit, Offenheit, Kooperationsfähigkeit, Flexibilität). Somit kann im Verlauf des Gesprächs mehr an empathischen Elementen einfließen, Beziehungsanalyse versucht oder eventuell schon Deutung angeboten werden.

Sind die Symptome erfasst, so kann die *funktionale Bedeutung des psychopathologischen Befundes* befragt werden. Symptome sind Zeichen, deren Bedeutung wir wie bei allem, was uns begegnet, verstanden werden sollten, beispielsweise Überaktivität als Ausdruck von Verzweiflung bei Selbstuntergang oder Wahn als Selbstrettung. Die Frage nach der Bedeutung eines Symptoms für den betroffenen Menschen ist eine deutende, hermeneutisch auslegende, interpretative Methode. Welche Selbst- und Welterfahrung vernehmen wir in den Symptomen? Dieses Fragen versucht den Sinn eines Erlebens und Verhaltens zu verstehen, ist genetisches, sogenannt psychodynamisches, hermeneutisches Verstehen. Kein Verhalten ist per se sinnlos. Psychoanalytische Erklärungsversuche sehen Symptome als Weisen der kompensatorischen Wunscherfüllung, Triebabwehr und Konfliktvermeidung.

Dabei ist zu berücksichtigen, dass Verhalten immer mehrdeutig ist und deshalb nur zureichend, nie aber vollständig, gedeutet werden kann. Zudem können sich Bedeutungen im Laufe der Zeit verändern. Die funktionelle Bedeutung eines Verhaltens bei der Ersterkrankung muss nicht gleich bedeutend sein mit der Bedeutung dieses Verhaltens bei Wiedererkrankung [Haug, 2001].

Naturwissenschaftlich-medizinisch gesehen sind Krankheiten Konstrukte, der Patient erlebt und empfindet das *Leid* und den *Schmerz* jedoch als subjektive Wirklichkeit. Dabei ist nicht nur die funktionale Frage nach dem kurzfristigen Gewinn von Symptomen, sondern auch die Frage nach dem längerfristigen Sinn einer Krankheit von Wichtigkeit. Dabei geht es um die *aktive Sinnstiftung*. Das Leid kann ein Wegweiser sein, wie das Leben des Betroffenen weitergehen soll. Etymologisch gesehen heisst der Begriff Sinn *Weg* oder *Richtung*. Entsprechend heisst der Begriff Therapie, etymologisch gesehen, Beisitzen oder Dabeisein, was dem Therapeuten seine spezifische Aufgabe zuweist.

7 QUELLENVERZEICHNIS

Im Text zitierte Literatur:

ACKERKNECHT E. (1982). A Short History of Medicine. Baltimore: Johns Hopkins Press.

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (1980). Diagnostic and statistical manual of mental disorders, 3rd edn (DSM III). American Psychiatric Association, Washington DC. Deutsche Bearbeitung und Einführung von Koehler K, Sass H (1984). Weinheim: Beltz.

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (1987). Diagnostic and statistical manual of mental disorders, 3rd edn revised (DSM-III-R). American Psychiatric Association, Washington DC. Deutsche Bearbeitung und Einführung von Wittchen U., Sass H., Zaudig M., Koehler K. (1989). Weinheim: Beltz.

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (1994). Diagnostic and statistical manual of mental disorders (4th ed.). DSM-IV, APA, Washington DC.

ANGST J. (1966). Zur Aetiologie und Nosologie endogener depressiver Psychosen. Heidelberg: Springer.

ANGST J. (1987). Begriff der affektiven Erkrankungen. In: KISKER, K.P., LAUTER H., MEYER J.E., MUELLER C., STROEMGREN E. (Hrsg): Affektive Psychosen. *Psychiatrie der Gegenwart, Band 5*: Berlin: Springer.

ANGST J. (1997). Nosologische Konzepte in der Psychiatrie. In: Gaebel W., Falkai P., Klieser E., Lehmann E. (Hg.) Psychiatrie heute – Perspektiven für morgen. Kurt Heinrich zum 70. Geburtstag. Sonderdruck. Zürich: Ferdinand Schöning.

ARBEITSKREIS OPD (Hg.) (1996). Operationalisierte Psychodynamische Diagnostik. Grundlagen und Manual. Bern: Huber.

ARBEITSGEMEINSCHAFT FUER METHODIK UND DOKUMENTATION IN DER PSYCHIATRIE (AMDP) (2000). Das AMDP-System. Manual zur Dokumentation psychiatrischer Befunde. Göttingen: Hogrefe-Verlag.

ARGELANDER H. (1992). Das Erstinterview in der Psychotherapie. Darmstadt: Wiss. Buchges.

ASENDORPF J.B. (1996). Psychologie der Persönlichkeit. Berlin: Springer.

- BAER R. (1998). Themen der Psychiatriegeschichte. Stuttgart: Enke.
- BALINT M., BALINT E. (1962). Psychotherapeutische Techniken in der Medizin. Bern: Huber.
- BAUMANN U., STIEGLITZ R.-D. (1989). Evaluation des AMDP-Systems anhand der neueren Literatur (1983-1987). *Fortschr. Neurol. Psychiat.*, 57, 357-373.
- BECK A. T. WARD C., MENDELSON M., MOCK J., ERLBAUGH J. (1962). Reliability of psychiatric diagnosis. A Study of consistency of clinical judgements and ratings. *American Journal of Psychiatry*, 119, 351-357.
- BENKERT O. (1995). Psychopharmaka: Medikamente, Wirkung, Risiken. München: Beck
- BERNER P., SPIEL W., STROTZKA H., WYKLIČKY H. (Hg.) (1983a). Zur Geschichte der Psychiatrie. Salzburg: Christian Brandstätter.
- BERNER P., GABRIEL E., KATSCHNIG H., KIEFFER W., KOHLER K., LENZ G., SIMHANDL CH. (1983b). Diagnosekriterien für Schizophrenie und Affektive Psychosen. Weltverband der Psychiatrie.
- BERRIOS GE. (1999). Geschichte psychiatrischer Begriffe. In: Psychiatrie der Gegenwart 2. Bd. 4. Aufl. Berlin: Springer.
- BLEULER E. (1916). Lehrbuch der Psychiatrie. Berlin: Springer.
- BLEULER E. (1929). Syntonie - Schizoidie - Schizophrenie. *J. Psychol. Neurol.* 38, 47-57.
- BOHUS M. (2002). Borderline-Störung. Fortschritte der Psychotherapie. Bern: Hogrefe.
- BOOTHE B., VON WYL A., WEPFER R. (1998). Psychisches Leben im Spiegel der Erzählung: Eine narrative Psychotherapiestunde. Heidelberg: Roland Asanger Verlag.
- CASTANEDA C. (1970). The Teachings of Don Juan. Harmondsworth: Penguin.
- CONRAD K. (1959). Das Problem der „nosologischen Einheit“ in der Psychiatrie. *Nervenarzt* 30, 488-494.
- DAVISON G., NEALE J. (1996). Klinische Psychologie. Weinheim: Psychologie Verlags-Union.

DILLING H. (1994a). Diagnostische Modelle in der Psychiatrie. In: Janssen P.L., Schneider W. (Ed.). Diagnostik in Psychotherapie und Psychosomatik. Stuttgart: Gustav Fischer.

DILLING H (1994b). Weltgesundheitsorganisation. Lexikon zur ICD-10-Klassifikation psychischer Störungen. Bern: Huber.

DILLING H. (1998). Die Zukunft der Diagnostik in der Psychiatrie. *Fortschr. Neurol. Psychiat.* 66, 36-42. Thieme: Stuttgart.

DILLING H., SCHULTE-MARKWART E., FREYBERGER HJ (1994a): Von der ICD-9 zur ICD-10. Bern: Huber.

DITTMANN V. (1996). Forensische Psychiatrie. In: Freyberger H.J., Stieglitz R.D. (Hg): Kompendium der Psychiatrie und Psychotherapie. Freiburg: Karger.

DOERNER K. (2002). In der Fortschrittsfalle. *Deutsches Aerzteblatt, Heft 38.*

DORSCH F. (1994). Psychologisches Wörterbuch. 12. überarb. und erw. Auflage. Bern: Huber.

ERNST K. (1998). Psychiatrische Versorgung heute. Berlin: Kohlhammer.

FINZEN A. (2000). Psychose und Stigma. Bonn: Psychiatrie-Verlag.

FOULDS G.A., BEDFORD A. (1975): Hierarchy of classes of personal illness. *Psychol. Med.* 5,181-192.

FREEDMAN A., SILVERMAN I., BROTMAN R.(1986). The range of issues in psychiatric classification. New York: Human Sciences Press.

FREYBERGER H., STIEGLITZ R. (1996). Klassifikation und diagnostischer Prozess: In: Freyberger H., Stieglitz R. (Hg.) *Kompendium der Psychiatrie und Psychotherapie.* Basel: Karger.

GRAUSGRUBER A., HOFMANN G., SCHONY W., ZAPOTCZKY K. (1989). Einstellung zu psychisch Kranken und zur psychosozialen Versorgung. Stuttgart: Thieme.

HAEFNER H., MAURER K. (1994). Klassifikation und Epidemiologie. In: Dilling H., Schulte-Markwort E., Freyberger H. (Hg.): Von der ICD-9 zur ICD-10. Bern: Huber.

HAUG H.J. (2001). Arbeitsbuch zur Vorlesung: Klinische Psychiatrie, speziell Psychopathologie. Unveröffentlichtes Vorlesungsskript Wintersemester 00/01. Universität Zürich.

HEINRICH K. (1986): Psychiatrie und Gesellschaft: Eine problematische Beziehung. In: Freiburger Universitätsblätter Nr. 94, Hg. v. Rektor der Albert Ludwig Universität, Freiburg (Hg.):Freiburg, 95-104.

HELMCHEN H. (1991). Der Einfluss diagnostischer Systeme auf die Behandlungsplanung. *Fundamenta Psychiatrica*, 5, 18-23.

HELL D. (1992). Welchen Sinn macht Depression. Ein integrativer Ansatz. Reinbek bei Hamburg: Rowohlt.

HELL D. (2002). Kritische Anmerkungen zum psychiatrischen Krankheitsverständnis. *Schweizerische Aerztezeitung*, 83: Nr. 45.

HELL D. (2003). Seelenhunger. Der fühlende Mensch und die Wissenschaften vom Leben. Bern: Huber.

HIRSIG R. (1993). Methodische Grundlagen der Testpsychologie. Zürich: Seismo.

HOFF P. (1992). Historischer Abriss zur Klassifikation und Diagnostik. In: Dittmann V., Dilling H., Freyberger J. (Ed.). *Psychiatrische Diagnostik nach ICD-10 – klinische Erfahrungen bei der Anwendung*. Bern: Verlag Hans Huber.

HOFFMANN S.O., HOCHAPFEL G. (1991). Eine Einführung in die Neurosenlehre und Psychosomatische Medizin. Stuttgart: Schattauer.

HOFFMANN S.O. (1993). Zum Geleit. In: Schneider W.(Hg.): *Diagnostik und Klassifikation nach ICD-10 Kapitel V (F). Eine kritische Auseinandersetzung*. Göttingen: Vandenhoeck und Ruprecht, 9-14.

JANSSEN P.L. (1994). Zur psychoanalytischen Diagnostik. In: Janssen P.L., Schneider W. (eds.). *Diagnostik in Psychotherapie und Psychosomatik*. Stuttgart: Gustav Fischer.

JANZARIK W. (1969). Strukturdynamische Ueberlegungen zur Fortentwicklung des Endogenitätsbegriffes. In: Kranz H., Heinrich K. (Hg.): *Psychiatrie im Uebergang*. Stuttgart: Georg Thieme,

JASPERS K. (1973). *Allgemeine Psychopathologie*. München: Piper.

- KALUZA G. (1999). Optimismus und Gesundheit: Gibt es eine salutogene Konstruktion subjektiver Realität? *psychomed* 11/1, 51-57.
- KENDELL RE. (1991): Relationship between the DSM-IV and the ICD-10. *J Abnorm Psychol* 100, 297-301.
- KIND H. (1997). Psychiatrische Untersuchung. Ein Leitfaden für Studierende und Aerzte in Praxis und Klinik (5 ed.). Berlin: Springer.
- KIND H., HAUG H.-J. (2002). Psychiatrische Untersuchung. Ein Leitfaden für Studierende und Aerzte in Praxis und Klinik. Berlin: Springer.
- KRAEPELIN E. (1981). Clinical psychiatry. New York: Scholars` Facsimiles and Reprints (Original work published 1883)
- KUHN TH. (1973). Die Struktur wissenschaftlicher Revolutionen. Frankfurt am Main: Suhrkamp Taschenbuch Wissenschaft.
- LANDIS E.A. (2001). Logik der Krankheitsbilder. Giessen: Psychosozial-Verlag.
- LEONHARD K. (1975). Aufteilung der endogenen Psychosen. Berlin: Akademie Verlag.
- MACK A.H., FORMAN L., BROWN R., FRANCES A. (1994). A brief history of psychiatric classification. From the Ancients to DSM-IV. *Psychiatric clinics of North America*, 17, 515-523
- MANS E.J. (2000). Psychoanalytische Diagnostik in der Praxis. In: Lairaiter A.-R. (Eds.). Diagnostik in der Psychotherapie. Wien: Springer.
- MENTZOS S. (1986). Neurotische Konfliktverarbeitung. Einführung in die psychoanalytische Neurosenlehre unter Berücksichtigung neuer Perspektiven. Frankfurt a. M.: Fischer Taschenbuch Verlag.
- MERTENS W. (2000). Diagnostik in der Psychoanalyse. In: Lairaiter A.-R. (ed.). Diagnostik in der Psychotherapie. Wien: Springer.
- PETERS U.H. (1999). Wörterbuch der Psychiatrie, Psychotherapie und medizinischen Psychologie. 5. Aufl. München: Urban & Schwarzenberg.

- PETERS U.H. (2003). Für und Wider ICD-10 Kapitel V. *Fortschr. Neurol Psychiat.* 71, 115-117. Stuttgart: Thieme.
- PFEIFFER W.M. (1994). Tanskulturelle Psychiatrie. Stuttgart: Thieme.
- PINEL P. (1767). *Nosologie Méthodique*. Paris: Maradon.
- PINEL P. (1798). *Nosographie philosophique ou la méthode de l`analyse appliquée à la médecine*. Paris: Maradon.
- POPPER K., (1973). *Logik der Forschung*. Tübingen: Mohr.
- RENNERT H. (1965). Die Universalgenese der endogenen Psychosen. Ein Beitrag zum Problem „Einheitspsychose“. *Fortschr. Neurol. Psychiatr.* 33: 251-272.
- SASS H. (1987). Die Krise der psychiatrischen Diagnostik. *Fortschr. Neurol. Psychiat.* 55, 355-360. Stuttgart: Thieme.
- SASS H. (1990). Operationalisierte Diagnostik in der Psychiatrie. *Nervenarzt. Vol. 61*, 255 – 258. Berlin: Springer
- SASS H. (1994). Zur Problematik der operationalen Diagnostik in der Psychiatrie. In: Dilling H., Schulte-Marktwort E., Freyberger H.J. (Hg.). *Von der ICD-9 zur ICD-10*, 149 – 156. Bonn: Huber.
- SASS H. (1996). *Psychopathologische Methoden und psychiatrische Forschung*. Jena: Gustav Fischer.
- SASS H., WITTCHEN H.U., ZAUDIG M. (Hg.) (1996). American Psychiatric Association. Diagnostisches und Statistisches Manual Psychischer Störungen DSM IV. Uebersetzt nach der vierten Auflage des Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder der American Psychiatric Association. Deutsche Bearbeitung und Einführung. Göttingen: Hogrefe
- SCHARFETTER CH. (1978). Die Psychopathologie bei Kranken und Gesunden. *Dtsch. Med. Wochenschr.* 103. 985-989.
- SCHARFETTER CH. (1996). *Allgemeine Psychopathologie. Eine Einführung*. Stuttgart: Thieme.

SCHARFETTER CH. (1982). Von der Psychopathologie zur Lehre vom Psychiatrischen Handeln. In: Dörner K, 33. Gütersloher Fortbildungswoche 1981. Rehburg-Loccum: Psychiatrie-Verlag.

SCHARFETTER C. (1984). Symptom. In: Battegay R., Glatzel J., Poeldinger W., Rauchfleisch U. (Hg). Handwörterbuch der Psychiatrie. Stuttgart: Enke.

SCHULTE-MARKWART M., MARUTT K., RIEDESSER P. (Hg.) (2002). Cross-walk ICD-10 – DSM-IV. Klassifikation psychischer Störungen: eine Synopsis. Bern:Huber.

SPEARMAN C. (1904). Classification of mental disorders. *Bull World Health Organ* 21, 601-663.

STIEGLITZ R-D, FREYBERGER HJ. (1999). Psychiatrische Diagnostik und Klassifikation. In: Berger M. (Hg). Psychiatrie und Psychotherapie. München: Urban & Schwarzenberg

SULLIVAN H.S. (1955). The psychiatric interview. London: Tavistock.

THANGAVELUA R., MARTIN R.L. (1995). ICD-10 and DSM-IV: Depiction of the Diagnostic Elephant. *World Psychiatry*, 3, 3-11.

ULRICH G. (1997). Biomedizin. Die folgenschweren Wandlungen des Biologiebegriffs. New York: Schattauer.

VAN DRIMMELEN-KRABBE J., BERTELSEN A., PULL CH. (1999): Aehnlichkeiten und Unterschiede zwischen ICD-10 und DSM-IV. In: Helmchen H., Henn F., Lauter H., Sartorius N. (Hg). Psychiatrie der Gegenwart. 4. Auflage. Band II. Allgemeine Psychiatrie. Heidelberg: Springer.

VON GLASERSFELD E. (1985). Konstruktion der Wirklichkeit. In: Einführung in den Konstruktivismus. München: Oldenbourg.

VON ZERSSEN D. (1986). Nosologische Klassifikation. In: C. Müller (Hg.) Lexikon der Psychiatrie. Berlin: Springer.

WEIMAR P. (Hg) (2000). Schweizerisches Zivilgesetzbuch. Zürich: Libéralis.

WELTGESUNDHEITSORGANISATION (2002). Lexikon zu ICD-10 - Klassifikation psychischer Störungen. Bern: Huber.

WIGGINS O. P., SCHWARTZ M.A. (1994). The limits of psychiatric knowledge and the problem of classification. In: Sadler J.Z., Wiggins O.P., Schwartz M.A. (eds.): Philosophical perspectives on psychiatric classification. Baltimore: John Hopkins University Press.

WITTCHEN H.-U. (1993). Diagnostik psychischer Störungen: Ueber die Optimierung der Reliabilität zur Verbesserung der Validität? In: Berger M., Möller H.-J., Wittchen H.-U. (eds.) Psychiatrie als empirische Wissenschaft. München: Zuckerschwerdt.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (1948). Manual of the International Statistical Classification of Diseases, Injuries and Causes of Death. Sixth Revision of the International Lists of Diseases and Causes of Death. Volume I. Geneva.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (1957). Manual of the International Statistical Classification of Diseases, Injuries and Causes of Death. Seventh Revision of the International Lists of Diseases and Causes of Death. Volume I. Geneva.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (1967). Manual of the International Statistical Classification of Diseases, Injuries and Causes of Death. Eighth Revision of the International Lists of Diseases and Causes of Death. Volume I. Geneva.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (1986). Internationale Klassifikation der Krankheiten. 9. Revision. Band I. Köln: Kohlhammer.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (1992). Tenth revision of the international classification of diseases, chapter V (F): Mental and behavioral disorders, clinical descriptions and diagnostic guidelines. Geneva.

ZOELLNER H.-M. (1997). Psychiatrie in Lebensgeschichten und Leidensgeschichten. Stuttgart: Thieme.

ZOELLNER H.-M. (1980). Beurteilen und Behandeln in der Klinischen Psychologie. Stuttgart: Enke.

ZOGG H., LAUBER CH., AJDACIC-GROSS V., ROESSLER W. (2003). Einstellung von Experten und Laien gegenüber negativen Sanktionen bei psychisch Kranken. *Psychiat. Prax.* 30, 379-383.

ZIMBARDO P.D. (1988). Psychologie. Berlin: Springer.

Weiterführende Literatur:

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (1936). Notes and comment. *Am J Psychiatry* 90: 1368 - 1376.

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (1952). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* ed 1, Washington: American Psychiatric Association.

BOOTHE B. (1989). Aspekte der Kommunikation und des Verstehens in der psychoanalytischen Behandlungstechnik. *Psychotherapie - Psychosomatik - Medizinische Psychologie*, 39, 422 - 427.

BOOTHE B. (1989). Der Spielraum des Patienten zum Testen und Erproben seines ärztlichen Gesprächspartners im Dialog. In: Rosmanith S., Frischenschlager O. (Hg.). *Wege zu einer neuen Medizin. Der Beziehungsaspekt in der Ausbildung*. Wien: Facultas.

BOOTHE-WEIDENHAMMER B. (1989). *Zur psychoanalytischen Konfliktdiagnostik*. Bern: Peter Lang.

BOOTHE B. (1990). Psychoanalyse als Verständigungsprozess. *Wege zum Menschen*, 42, 335 - 347.

BOOTHE B. (1993). Ueber Psychoanalyse und wahrhaftiges Sprechen. In: Tress W., Nagel St. (Hg.). *Psychoanalyse und Philosophie: eine Begegnung*. Heidelberg: Asanger.

BOOTHE B. (1994). *Der Patient als Erzähler in der Psychotherapie*. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.

BOOTHE B. (1995). Wird die Psychoanalyse der Subjektivität gerecht? In: Tress W., Sies C. (Hg.). *Subjektivität in der Psychoanalyse*. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.

BOOTHE B., VON WYL A., WEPFER R. (1998). *Psychisches Leben im Spiegel der Erzählung*. Heidelberg: Roland Asanger Verlag.

DILLING H., MOMBOUR W., SCHMIDT M.H. (Hg.) (2000): *Weltgesundheitsorganisation. Internationale Klassifikation psychischer Störungen. ICD-10, Kapitel V (F), Klinisch-diagnostische Leitlinien*. 4. Auflage. Huber: Bern.

DILLING H., MOMBOUR W., SCHMIDT M.H., SCHULTE-MARKWORT E. (Hg.) (2000). *Weltgesundheitsorganisation. Internationale Klassifikation psychischer Störungen. ICD-10. Kapitel V (F): Diagnostische Kriterien für Forschung und Praxis*. 2. Auflage. Huber: Bern.

DOERNER K. (1975): Diagnosen in der Psychiatrie. Ueber die Vermeidungen der Psychiatrie und Medizin. Frankfurt: Campus.

ESSEN-MOELLER E. (1971): Suggestions for further improvement of the international classification of mental disorders. *Psychol. Med.* 1: 308-311.

ESSEN-MOELLER E., WOHLFAHRT S. (1974): Suggestions for the amendment of the official Swedish classification of mental disorders. *Acta Psychiatr. Scand (Suppl)* 47, 551-555.

FARMER A., MCGUFFIN P. (1989). The classification of the depressions contemporary confusion revisited. *Brit. J. Psychiatry* 155, 437-443.

FAUST V. (1995). Psychiatrie: Ein Lehrbuch für Klinik, Praxis und Beratung. Stuttgart: Fischer.

FEER H. (1985). Biologische Psychiatrie. Stuttgart: Enke.

GESUNDHEITSDIREKTION KANTON ZÜRICH (1999). Zürcher Psychiatrie. Psychiatriekonzept. Leitbild und Rahmenkonzept.

GOODMAN A. (1994). Pragmatic assessment and multitheoretical classification. In: Sadler J.Z., Wiggins O.P., Schwartz M.A. (eds.): Philosophical perspectives on psychiatric classification. Baltimore: John Hopkins University Press.

HAUG H.-J., STIEGLITZ R.-D. (1997). Das AMDP-System in der klinischen Anwendung und Forschung. Bern: Hogrefe.

HEINRICH K. (1985): Der Zustand der Psychiatrie als Abbild des Zustandes der Gesellschaft. *Spektrum* 1: 3-12.

HELL D., SCHARFETTER CH., MOELLER A. (Hg.) (2001). Eugen Bleuler - Leben und Werk. Bern: Huber.

HOFF P. (1994). Psychiatrische Diagnostik: Emil Kraepelin und die ICD-10. *Psychiatrische Praxis*, 21, 190-195.

JABLENSKY A. (1989): The Nature of Psychiatric Classification: Issues beyond ICD-10 and DSM-IV. *Aust N Z J Psychiatry* 33, 137 - 144.

JAECKERL M., WIESER S. (1970). Das Bild des Geisteskranken in der Öffentlichkeit. Stuttgart: Thieme.

JANZARIK W. (1978). Wandlungen des Schizophreniebegriffes. *Der Nervenarzt*. Springer-Verlag.

JANZARIK W. (2003). Der Psychosebegriff und die Qualität des Psychotischen. *Der Nervenarzt* 74: 3-11.

KAHLBAUM J. (1863). Die Gruppierung der psychischen Krankheiten und die Einteilung der Seelenstörungen. Kafemann, Danzig.

KENDELL R.E. (1975). *The Role of Diagnosis in Psychiatry*. Oxford: Blackwell.

KENDELL R.E. (1986). *What are mental disorders?* New York: Human Sciences Press.

KNORR-CETINA K. (1984). *Die Fabrikation von Erkenntnis*. Frankfurt a. M.: Suhrkamp.

MEYER J.E. (1961). Diagnostische Einteilungen und Diagnosenschemata in der Psychiatrie. In: Gruhle H.W. et al. (Hg.). *Psychiatrie der Gegenwart*. Band III. Berlin: Springer.

MOELLER H., VON ZERSEN D. (1984). Klassifikation psychischer Störungen: Probleme und Verbesserungsmöglichkeiten aus der Sicht neuerer Forschungsergebnisse. In: Baumann U., Berbalk H., Seidenstücker G. (Hg.): *Klinische Psychologie*. 6. Trends in Forschung und Praxis. Bern: Huber.

PARSONS T. (1967). *Die Definition von Gesundheit und Krankheit im Lichte der Wertbegriffe und der sozialen Struktur Amerikas*. Berlin.

RADDEN J. (1994). Recent criticism of psychiatric nosology: a review. *Philosophy Psychiatry Psychol.* 2, 193-200.

ROESSLER W. (1999, 24. Juni). Die Kranken werden dämonisiert. *Tagesanzeiger*.

SCHUHMACHER W. (1994). Psychodynamische versus psychiatrische Diagnose. In: Janssen P.L., Schneider W. (eds.). *Diagnostik in Psychotherapie und Psychosomatik*. Stuttgart: Fischer.

SPITZER R.L., FLEISS J.L. (1974). A re-analysis of the reliability of psychiatric diagnoses. *British Journal of Psychiatry*, 125, 341-347.

- STENGEL E. (1959). Classification of mental disorders. *Bulletin of the WHO*, 21, 601-663.
- SYDENHAM T. (1848). *Observations Medicae* (preface to ed 3). In: Latham RG. *The Works of Thomas Sydenham*, vol. 3, London: The Sydenham Society.
- TYRER P., STEINBERG D. (1993). *Models for mental disorder: conceptual models in psychiatry* (2nd ed.) Chichester: John Wiley.
- VAN PRAAG H.M. (1992). Reconquest of the subjective. Against the waning of psychiatric diagnosing. *Br. J. Psychiatry* 160. 166-171.
- WENGER P. (1988). *Die Bedeutung der Anfangsszene im psychoanalytischen Erstinterview*. Tübingen: Fakultät für Sozial- und Verhaltenswissenschaften der Universität Tübingen.
- WIMMER R.P. (1996). *Einstellung internistisch und chirurgisch tätiger Aerzte gegenüber Psychiatern*. Inauguraldissertation. Lübeck.
- WITTER H. (1963). Methodologische Probleme in der Psychiatrie. *Fortschr. Neurol. Psychiatr* 31, 491-514.
- WITTCHEN H.-U., SASS H., ZAUDIG M., KOHLER K. (1989). Von DSM-III zu DSM-III-R – Erfahrungen und Perspektiven. In: American Psychiatric Association, *Diagnostisches und Statistisches Manual Psychischer Störungen. DSM-III-R. Deutsche Bearbeitung und Einführung von Wittchen H.-U., Sass H., Zaudig M., Koehler K.* Weinheim: Beltz.

8 APPENDIX

- 8.1 Grundformen psychischer Erkrankungen nach Bleuler
- 8.2 Psychotische Störungen
- 8.3 Neurotische Störungen und Persönlichkeitsstörungen
- 8.4 Biographie

8.1 Grundformen psychischer Erkrankungen - Krankheitsgruppen in der Psychiatrie nach Bleuler

Das **Unterscheidungskriterium** für die 4 Hauptgruppen ist die Angriffsebene der auf das Seelenleben sich auswirkenden Störung:

bei A = Körper

bei B = Seele

bei C = Erbanlage

bei D = unbekannt, bzw. A+B+C

A Die Gesamtheit der körperlich begründbaren psychischen Störungen

1. *Chronisch, diffuse Hirnschädigung*

Chronisch = allmählicher Beginn, langdauernde Einwirkung

Diffus = das ganze Hirn in Mitleidenschaft gezogen

Die *Art* der Schädigung spielt kaum eine Rolle (z.B. Hirnentzündungen, Gefäßprozesse, Hirnverletzungen, Gifte, Degenerationen, etc.).

Psychisches Erscheinungsbild: **Organisches Psychosyndrom** oder psychoorganisches Syndrom (POS, „Organiker“). Heute: **Demenz**.

2. *Umschriebene Hirnherde*

Umschrieben = nur begrenzte (lokale) Hirnbezirke in Mitleidenschaft gezogen

Die *Art* der Schädigung spielt kaum eine Rolle (z.B. Tumor, Abszess, lokalisierte Quetschung,

Durchblutungsstörung, umschriebene Degeneration, etc.).

Psychisches Erscheinungsbild: **Hirnlokales Psychosyndrom**.

3. *Akuter exogener Reaktionstyp (nach Bonhoeffer)*

Akut = plötzlicher Beginn, kurzdauernde Einwirkung

Exogen = Gegensatz zu endogen; eine Störung, die das Hirn „von aussen“ trifft und klar fassbar ist

Die *Art* der Schädigung (entweder eine schwere körperliche Allgemeinerkrankung oder eine spezielle Hirnerkrankung) spielt kaum eine Rolle (z.B. akute Infektionskrankheiten, Stoffwechselfergiftungen, akute Vergiftungen, akute Hirnverletzungen, etc.).

Psychisches Erscheinungsbild (gleichlautend): **akuter exogener Reaktionstyp** (AER).

Vor allem Auftreten in zwei Formen:

a) Zustände *verminderten* Bewusstseins (Benommenheit, Somnolenz, Sopor, Koma)

= quantitative Störungen

b) Zustände *veränderten* Bewusstseins (Delir, Dämmerzustand, amentielles Syndrom u.a.)

= qualitative Störungen.

B Die Gesamtheit der psychoreaktiven Störungen (seelisch verursacht/psychogen)

Bei Belastungen und Störungen, die ausschliesslich über den seelischen Bereich wirksam werden, unterscheidet man drei Formen, je nach dem Schweregrad der Beeinträchtigung (von 1. - 3. zunehmend):

1) **abnorme Erlebnisreaktionen** (z.B. passagere Depression aufgrund eines Todesfalles)

2) **einfache Entwicklungen** (z.B. Stottern als Folge schulischer Überforderung)

3) **neurotische Entwicklungen** (z.B. schwere Zwangskrankheit)

C Die Gesamtheit der konstitutionellen Persönlichkeitsvarianten

(erblich bedingte Abweichungen von der Norm)

1) solche, die vorwiegend den Intellekt betreffen: **Oligophrenien** (Schwachsinn)

2) solche, die vorwiegend den Charakter betreffen: **Psychopathien** Heute: **Persönlichkeitsstörungen**

Bei beiden Formen wirken immer auch Umwelteinflüsse ein - die ausschliessliche Vererbung ist heute umstritten!

D Die Gesamtheit der endogenen Psychosen

Endogen = von selbst, „von innen“ entstanden; weder durch Umwelt, noch durch Vererbung allein erklärbar; Ursachen letztlich unbekannt

1) Die **Schizophrenien**

2) Der **manisch-depressive Formenkreis** (Affektpsychosen)

8.4 Biographie

Angaben zur Person

Name	Heidi Zogg
Wohnort	Carl Spittelerstrasse 8, 8053 Zürich, Tel. P: 01 - 380 70 63
e.mail	heidi.zogg@freesurf.ch
Geburtsdatum	27.11.1963
Bürgerort	Grabs/SG
Zivilstand	ledig

Ausbildung

1995 - 1998	Universität Zürich: Grundstudium im Hauptfach Psychologie
1996 - 2000	Universität Zürich: Studium der Psychopathologie im 1. Nebenfach
1996 - 1999	Universität Zürich: Studium der deutschen Sprachwissenschaft im 2. Nebenfach
1999 - 2000	Universität Zürich: Vertiefungsstudium in Klinischer Psychologie
2000 - 2001	Psychiatrische Universitätsklinik Zürich: Lizentiatsarbeit mit dem Titel <i>Einstellung der Allgemeinbevölkerung zur psychiatrischen Behandlung</i>
2001	Abschluss des Studiums, Licentiata Philosophiae
2003	Publikation: Zogg et al. (2003). <i>Einstellung von Experten und Laien gegenüber negativen Sanktionen</i> . Psychia Prax, 379-383
2004	Publikation: Zogg et al. (2004). <i>Behandlungsvorschläge von Experten und Laien bei psychisch Kranken</i> . Fortschr Neurol Psychiatr
2001 - 2005	Universität Zürich: Dissertation mit dem Titel <i>Wandel der psychiatrischen Nosologie von 1950 bis heute</i> .

Berufsausübung

1997	Psychiatrische Universitätsklinik Zürich: Gerontopsychiatrisches Zentrum, Krankenpflegepraktikum
1999	Psychiatrische Universitätsklinik Zürich: Spezialstation für Depressive Psychopathologiepraktikum im ärztlichen Dienst
1999	National Institute of Mental Health and Neuro Sciences Bangalore, India: Psychopathologiepraktikum im ärztlichen Dienst
2000/2001	Psychiatrische Universitätsklinik Zürich: Zentraler Psychologischer Dienst, klinische Psychologin im Praktikum
1997 - 2001	Psychiatrische Universitätsklinik: Krankenpflegeassistentin auf allen Stationen

2001 - 2003 Psychiatrische Poliklinik Wetzikon: Klinische Psychologin in der ambulanten psychiatrischen Grundversorgung

2001 - 2004 Lehrtätigkeit an der Universität Zürich, Tutorat für Psychologiestudium
Psychopathologie für Erwachsene

Seit 2003 Fachpsychologin für Psychotherapie in eigener Praxis

Fachausbildungen

2001 - 2004 Psychoanalytisches Seminar, Bern
3jährige Fachausbildung in psychoanalytischer Therapie

2002 Schweizerische Aerzte- und Psychotherapeutengesellschaft, Zürich
Autogenes Training und Entspannungsverfahren

2002 - 2003 Internationale Gesellschaft für Systemische Therapie, Heidelberg
2jährige Fachausbildung in Paar- und Familientherapie

2003 - 2006 Institut für ökologisch-systemische Therapie, Zürich
3jährige Fachausbildung in integrativer Sexualtherapie