

Psychotherapeut 2013 · 58:237–248
DOI 10.1007/s00278-013-0978-4
Online publiziert: 17. April 2013
© Springer-Verlag Berlin Heidelberg 2013

Redaktion

W. Schneider, Rostock
B. Strauß, Jena

Rolf-Dieter Stieglitz¹ · Wolfgang Hiller²

¹ Universitäre Psychiatrische Kliniken (UPK) Basel, Schweiz

² Psychologisches Institut, Abteilung Klinische Psychologie und Psychotherapie, Universität Mainz

Definition und Erfassung psychischer Störungen

Bestandsaufnahme

Klassifikationssysteme für psychische Störungen sind dynamische Konstrukte, die zeitabhängigen Veränderungen unterliegen. Mit Publikation des Diagnostischen und Statistischen Handbuchs Psychischer Störungen, 4. Aufl. (DSM-IV) und der Internationalen statistischen Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme, 10. Ausgabe (ICD-10) herrschte lange Zeit Stillstand in der Diskussion grundlegender Fragen von Klassifikationssystemen, die erst mit den anstehenden Revisionen beider Systeme wieder entbrannt ist. Besonders im Kontext der Vorbereitung des DSM-5 (voraussichtliches Erscheinen im Mai 2013) wird die zunehmende Gefahr einer weiteren inflationären Zunahme psychischer Störungen evident. Dies beinhaltet das Risiko, nach der Veröffentlichung keine Kontrolle über Gebrauch und möglichen Missbrauch zu haben, und zudem die Gefahr einer „Trivialisierung“ des Konzepts psychischer Störungen.

Grundlagen

Die Diagnostik psychischer Störungen wird seit jeher kontrovers diskutiert, wenngleich eine differenzierte Sichtweise notwendig ist, da sie prinzipiell auf unterschiedlichen Ebenen erfolgen kann: Symptom-, Syndrom- und Diagnosenebene. Die elementarste Ebene stellt die *Symptomebene* dar. Bei einem Symptom handelt es sich um die kleinste Beschrei-

bungseinheit psychopathologischer Phänomene. Symptome lassen sich in beobachtbare Verhaltensweisen („signs“, z. B. Zwangshandlungen) oder aber vom Patienten berichtete Beschwerden („symptoms“, z. B. Angstgefühle) unterscheiden. Auf einer nächsthöheren Ebene der Hierarchie finden sich die psychopathologischen *Syndrome*, d. h. mehrere Symptome, die überzufällig häufig in einer charakteristischen Kombination zu beobachten sind (z. B. depressives Syndrom, paranoides Syndrom). Auf der höchsten Ebene ist die *Diagnose* anzusiedeln, die eine Integration von Symptomen und/oder Syndromen sowie zusätzlicher Merkmale (z. B. Zeitkriterien) beinhaltet. Mit diesen 3 Sichtweisen werden *unterschiedliche Ziele* verfolgt. Auf der Symptomebene geht es um die differenzierte Beschreibung und Benennung einzelner psychischer Auffälligkeiten (Ziel u. a. Erstellung eines psychopathologischen Befunds), auf der Syndromebene meist um die Schweregradbestimmung eines klinischen Bereichs, basierend auf zusammenhängenden Symptomen (Ziel u. a. Erfassung mithilfe einer Rating-Skala) und auf der Diagnosenebene um die Ableitung von Diagnosen nach festgelegten Kriterien (Ziel u. a. Entscheidungsgrundlage für Behandlung).

Während die ersten beiden Beschreibungsebenen eher als unproblematisch angesehen werden, wird die Diagnosenebene seit jeher kontrovers diskutiert. Dies gilt bis zum heutigen Tag, und die Diskussion ist in letzter Zeit im Hinblick auf die Einführung von DSM-5 (vermutlich im Mai 2013) und zeitlich verzögert ICD-

11 (vermutlich in 2015) neu entfacht. Speziell im Hinblick auf DSM-5 werden vielfältige und bisher ungelöste Problembeispiele diskutiert, wie z. B. Zahl von notwendigen und sinnvollen Diagnosen, Berücksichtigung biologischer Forschungsergebnisse oder Einführung einer dimensional-sichtweisen. (Dies wird v. a. bezüglich der Persönlichkeitsstörungen diskutiert.)

In den vergangenen 40 Jahren hat die Klassifikation psychischer Störungen im klinischen und im wissenschaftlichen Bereich zunehmend an Bedeutung gewonnen, nachdem sie zuvor erheblich kritisiert worden war. Die wichtigsten Vorbehalte bezogen sich einerseits auf die möglichen sozialen Konsequenzen psychiatrischer Diagnosen für die Patienten (Stichwörter: Etikettierung, Stigmatisierung, soziale Kontrolle). Andererseits wurde die unzureichende Bedeutung der Klassifikation bei der Indikation und Durchführung von Therapien kritisiert. Darüber hinaus wurde in fast allen Bereichen psychischer Störungen in empirischen Studien nachgewiesen, dass die Übereinstimmung von Diagnostikern bei der Diagnosenstellung (Interrater-Reliabilität) in einem unbefriedigenden Bereich lag (v. a. bei den sog. Neurosen und Persönlichkeitsstörungen). Vor diesem Hintergrund wurden erhebliche Anstrengungen unternommen, die Klassifikationsansätze zu verbessern und zu einer höheren Akzeptanz der Klassifikationssysteme zu gelangen (zur historischen Entwicklung: Stieglitz 2008). Die Entwicklung der Klassifikationssysteme wurde zunehmend komplexer und

für Außenstehende besser nachvollziehbar. So wurde z. B. bei der Entwicklung des DSM-IV ein mehrstufiger Prozess gewählt (First u. Pincus 1999):

- systematische Literatur-Reviews,
- Reanalyse existierender Daten,
- gezielte Feldstudien für ausgewählte Störungen (insgesamt 12),
- Dokumentation des Prozesses in sog. „sourcebooks“.

Demgegenüber findet sich jedoch bezüglich der ICD-10 keine entsprechende Dokumentation der Entwicklung der klinisch-diagnostischen Guidelines und der Forschungskriterien.

Das DSM und die ICD stellen jedoch bis zum heutigen Tag die die Praxis und Forschung dominierenden Klassifikationssysteme dar. Beide sind nicht vollständig kompatibel (z. B. Unterschiede bezüglich der Operationalisierung einzelner Störungen, konzeptuelle Unterschiede bezüglich einzelner Störungen; First u. Pincus 1999; Drimmelen-Krabbe et al. 1999). So untersuchten z. B. Andrews et al. (1999) die Übereinstimmung zwischen DSM-IV und ICD-10 mithilfe des Composite International Diagnostic Interview (CIDI, einem standardisierten Interview) in einer Stichprobe von 1500 Personen. Sie ermittelten neben den Prävalenzraten die Konkordanzrate, d. h. die prozentuale Übereinstimmung zwischen beiden Systemen. Letztere war am höchsten (>77%) bei Dysthymie, depressiver Episode, Substanzabhängigkeit und generalisierter Angststörung, am niedrigsten bei der posttraumatischen Belastungsstörung (PTBS, 35%). Für die PTBS waren die Prävalenzraten in der ICD-10 zudem doppelt so hoch (ICD-10: 6,9 vs. DSM-IV: 3,0%).

Anhand dieser wenigen Beispiele wird die Problematik von Klassifikationssystemen deutlich. Auf einige grundlegende aktuelle Diskussionen der klassifikatorischen Diagnostik soll nachfolgend vertieft eingegangen werden.

Entwicklung von Klassifikationssystemen

Klassifikationssysteme sind keine statischen Konstrukte, sondern unterliegen kontinuierlichen Veränderungen und Weiterentwicklungen. Als erste bedeut-

same Schritte in Richtung einer zuverlässigeren und damit auch der empirischen Überprüfung zugänglichen Diagnostik können die Publikation der Feighner-Kriterien in 1972 und der Research Diagnostic Criteria (RDC) in 1975 angesehen werden (Überblick: Stieglitz 2008; Berner et al. 1983). In beiden wurde erstmals versucht, Störungen mithilfe einer Operationalisierung zu definieren. Als eigentlicher *Meilenstein* in der Entwicklung der Klassifikationssysteme kann jedoch die Einführung des *DSM-III* in 1980 angesehen werden, dessen zentrale Merkmale später auch bei der Entwicklung der ICD-10 übernommen wurden. Als wichtige neue konzeptuelle Aspekte zu nennen sind v. a. die Einführung:

- einer operationalisierten Diagnostik,
- eines multiaxialen Systems,
- des Komorbiditätsprinzips.

Weiterhin als bedeutsam zu erwähnen ist die deutliche Zunahme der Zahl der zur Verfügung stehenden Diagnosen („coverage“) von der 1. Version des DSM-Systems bis heute:

- DSM-I: 106 Diagnosen,
- DSM-II: 182 Diagnosen,
- DSM-III: 265 Diagnosen,
- DSM-III-R: 292 Diagnosen,
- DSM-IV: 395 Diagnosen.

Von daher wird diese Entwicklung, speziell seit DSM-III, zu Recht auch oft als „a splitter's system“ (Batstra u. Frances 2012) bezeichnet. Entsprechend finden sich in Studien zur Prävalenz immer mehr Teilnehmer, die zumindest eine Störung, oft jedoch auch mehrere aufweisen (zur Komorbidität: Stieglitz u. Volz 2007). Frances u. Widiger (2012) kommen daher zu der prononcierten Einschätzung, dass es sich bei der Normalität allmählich um eine aussterbende Spezies handelt.

Auch bezüglich des DSM-5 wird dieser Aspekt besonders heftig diskutiert. Die Problematik lässt sich allerdings bereits an der ICD-10 und dem DSM-IV ablesen, bei denen im Anhang sog. *provisorische Störungen* aufgenommen wurden, für die es zum Zeitpunkt der Herausgabe keine hinreichende Zustimmung mangels empirischer Belege gab. So finden sich z. B. im Anhang der klinisch-diagnostischen Leit-

linien der ICD-10 (Dilling et al. 1991) folgende Vorschläge für Störungen:

- saisonale affektive Störung,
- bipolare II Störung,
- bipolare Störung mit schnellem Phasenwechsel,
- narzisstische Persönlichkeitsstörung,
- passiv-aggressive (negativistische) Persönlichkeitsstörung.

Diese sollten bis zur nächsten Revision Gegenstand von Forschungsaktivitäten sein, um bessere Entscheidungskriterien für den Ein- oder Ausschluss in das System zu erhalten. Eigene *Medline*-Recherchen zu diesen Störungen ergaben jedoch sehr ernüchternde Ergebnisse (Stand: 16.01.2013). Es liegen fast keine empirischen Studien zu den Störungen vor, die den Entscheidungsprozess zur Aufnahme oder zum Ausschluss stützen. So finden sich maximal 5 Studien (saisonal-affektive Störung, jedoch z. T. nicht englischsprachig).

Der bekannten Problematik der oft unzureichenden Abgrenzung der Störungen wurde in der ICD-10 dadurch Rechnung getragen, dass es *Restkategorien* gibt, die mit Fxx.8 oder Fxx.9 codiert werden. Diese werden in der Praxis oft genutzt und können damit auch als Hinweis auf die Problematik der spezifischen Störungen interpretiert werden (z. B. mangelnde Präzision).

Speziell im Hinblick auf die Entwicklung der ICD-10 soll auf einen speziellen Aspekt hingewiesen werden, der die *Persönlichkeitsstörungen* betrifft, einem seit jeher besonders kontrovers diskutierten Bereich. So fand sich in einem der ersten Entwürfe die Kategorie einer sog. akzentuierten Persönlichkeit, die jedoch später auch im Hinblick auf den befürchteten inflationären Gebrauch (sehr niedrige diagnostische Schwelle) wieder gestrichen wurde, da sie letztlich unterhalb der Stufe einer Störung lag und damit vermutlich zu sehr hohen Prävalenzraten geführt hätte.

Inwieweit eine zunehmende Aufspaltung tatsächlich den klinischen Bedürfnissen entspricht, ist daher durchaus fraglich. So berichtet z. B. Bertelsen (1999) bezogen auf ICD-10-Daten des dänischen Fallregisters, dass von den 3-stelligen Codes (Fxx) ein Viertel nur in 1% der Fäl-

le, ein weiteres Viertel selten und ein weiteres Viertel kaum genutzt wurden. Entsprechend noch seltener wurden weitere Subdifferenzierungen auf 4- und 5-stelliger Ebene verwendet.

Problembereiche in der klassifikatorischen Diagnostik

Allgemeine Definition einer psychischen Störung

Bis zum heutigen Tag gibt es keine allgemein verbindliche Definition, wann man von einer psychischen Störung oder Krankheit spricht, da dies sowohl mit grundlegenden erkenntnistheoretischen Fragen als auch mit der Problematik der Normsetzung zusammenhängt. Allgemeine Vorschläge zur Operationalisierung von „psychischer Störung“ (z. B. Spitzer u. Wilson 1975) konnten sich bisher nicht durchsetzen und wurden in der Diskussion auch kaum rezipiert.

Bei der Entwicklung eines Klassifikationssystems muss festgelegt werden, welche Störungen existieren und durch welche Merkmale sie am besten zu erfassen sind. Es wird meist implizit vorausgesetzt, dass es „in der Natur“ tatsächlich abgrenzbare psychische Störungen gibt, die durch einheitliche Ursachen, Entstehungsmechanismen und pathologische Veränderungen gekennzeichnet sind. Die Idee solcher abgrenzbarer Störungen im Sinne „nosologischer Einheiten“ geht auf Kraepelin zurück. Sie entspricht dem medizinischen Krankheitsmodell, bei dem es darum geht, einen konkreten körperlichen Defekt oder eine biologische Fehlfunktion zu identifizieren und mithilfe der dazugehörigen Diagnose korrekt zu benennen.

Im Fall psychischer Störungen sind die Voraussetzungen eines solchen Validitätsverständnisses weniger klar. Im Zuge der DSM-5-Neuentwicklungen sind erkenntnistheoretische Fragen verstärkt diskutiert worden. Sind die durch die Diagnosen definierten Störungen nicht eigentlich künstliche Konstrukte und weniger reale Phänomene? Eine gute Veranschaulichung verschiedener erkenntnistheoretischer Perspektiven haben Frances u. Widiger (2012; auch Phillips et al. 2012a) mit einem Beispiel aus dem Baseball gegeben.

Psychotherapeut 2013 · 58:237–248 DOI 10.1007/s00278-013-0978-4
© Springer-Verlag Berlin Heidelberg 2013

Rolf-Dieter Stieglitz · Wolfgang Hiller

Definition und Erfassung psychischer Störungen. Bestandsaufnahme

Zusammenfassung

Die Entwicklung von Klassifikationssystemen für psychische Störungen hat eine lange Tradition und wird von einer unverändert anhaltenden Diskussion zu grundlegenden Fragen begleitet. Dies betrifft v. a. die allgemeine Frage, wann überhaupt eine Störung vorliegt, sowie daran anschließend die Frage, welche und wie viele Störungen sinnvoll und notwendig sind. Im vorliegenden Beitrag wird ein Überblick über die mit den bisherigen Systemen Diagnostisches und Statistisches Handbuch Psychischer Störungen, 4. Aufl. (DSM-IV) und Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme, 10. Ausgabe (ICD-10) verbundenen Paradigmen und Klassifikationsmethoden gegeben. Entgegen den ursprünglichen Erwartungen ist es nicht gelungen, auch nur eine der existierenden Dia-

gnosen wissenschaftlich hinreichend zu validieren. Ebenso ist keine Alternative zum bisherigen deskriptiv-phänomenologischen Ansatz in Sicht. Die bevorstehenden Revisionen DSM-5 und ICD-11 werden keine konzeptuellen Neuerungen bringen, sondern lediglich einige neue Diagnosen einführen und die Kriterien einiger anderer Diagnosen modifizieren. Am Beispiel der Entwicklung von DSM-5 werden sowohl grundlegende Überlegungen als auch ausgewählte bevorstehende Änderungen kritisch diskutiert. Zudem werden Vorschläge für eine rationalere Entwicklung von Klassifikationssystemen vorgestellt.

Schlüsselwörter

Psychiatrische Diagnosen · Normalität · Klassifikation · Validität · DSM-5

Definition and collation of psychiatric disorders. Current situation

Abstract

The development of classification systems for psychiatric disorders has a long tradition and is accompanied by a continuous discussion concerning fundamental questions. These concern general aspects of classification, such as the definition of a disorder and how many disorders are useful and necessary. This paper gives an overview of the current systems the diagnostic and statistical manual of mental disorders, 4th edition (DSM-IV) and the statistical classification of diseases and related health problems, 10th revision (ICD-10) and the paradigms of classification. Contrary to expectations successful validation of any of the existing diagnoses in a sufficient way was not possible. Similarly no alternative

to the currently used descriptive-phenomenological approach is in sight. The forthcoming revision of DSM-5 and ICD-11 will bring no conceptual innovations, only some new disorders will be introduced and the criteria of some disorders will be modified. Using the development of DSM-5 general considerations as well as expected specific changes will be critically discussed. Furthermore, examples for a more rational development of classification systems will be presented.

Keywords

Psychiatric diagnosis · Normality · Classification · Validity · DSM-5

In diesem Spiel wirft ein „pitcher“ den Ball in Richtung eines „batter“, der den Ball mit einem Baseballschläger abschlagen muss. Verfehlt der Batter den Ball innerhalb einer markierten Zone („strike zone“), gilt dies als „strike“. Wird der Ball nicht korrekt durch die Zone geworfen und deswegen verfehlt, gilt dies als „ball“. Strikes zählen gegen den Batter, Balls dagegen nicht. Die Unterscheidung zwischen Strike und Ball ist sehr kompliziert, da viele technische Varianten und Detailbeobachtungen zu beachten sind.

Die Entscheidung „Ball oder Strike“ wird von einem Schiedsrichter („umpire“) getroffen.

Wie steht es nun um die reale Existenz von Strikes und Balls? Kommen sie immer in eindeutiger Form vor oder werden sie nicht erst vielmehr durch die Benennung des Schiedsrichters „real“? Frances u. Widiger (2012) kontrastieren 3 prototypische erkenntnistheoretische Perspektiven:

— *First umpire*: „There are balls and there are strikes and I call them as they

are.“ (Schiedsrichter 1: „Es gibt Balls, und es gibt Strikes, und ich benenne sie so, wie sie existieren.“)

- *Second umpire*: „There are balls and there are strikes and I call them as I see them.“ (Schiedsrichter 2: „Es gibt Balls, und es gibt Strikes, und ich benenne sie so, wie ich sie sehe.“)
- *Third umpire*: „There are no balls and there are no strikes until I call them.“ (Schiedsrichter 3: „Es existieren weder Balls noch Strikes, sondern es gibt sie erst, wenn ich sie benannt habe.“)

Die 3 Perspektiven lassen sich in der philosophischen Literatur über Jahrtausende zurückverfolgen. Sie entsprechen realistischen, nominalistischen und konstruktivistischen Denkansätzen. Entsprechend der ersten Perspektive würde man davon ausgehen, dass psychische Störungen reale Phänomene der Welt sind und vom Wissenschaftler nur „entdeckt“ werden müssen. Dies war die unter biologischen Psychiatern lange vorherrschende Sichtweise, sie wird jedoch heute kaum noch vertreten. Neurowissenschaftliche Erkenntnisse deuten darauf hin, dass das Zusammenspiel biologischer und psychologischer Prozesse viel zu komplex und mannigfaltig ist, um im Sinne abgrenzbarer Störungseinheiten beschreibbar zu sein.

Als solider gilt die nominalistische Perspektive entsprechend des 2. Schiedsrichters: Psychische Störungen wären demnach Konstrukte, die sich auf reale Sachverhalte beziehen, ohne diese jedoch exakt abbilden zu können. Der Validierungsanspruch müsste dann abgeschwächt oder sogar ganz fallengelassen werden. Es würde möglicherweise ausreichen, Diagnosen allein aufgrund von Nützlichkeitsaspekten zu akzeptieren, wobei jedoch natürliche Gegebenheiten wie unterschiedliche Erscheinungsformen (psychopathologische Merkmale) beachtet werden sollten. Die konstruktivistische (3.) Perspektive wurde in prominenter Form durch den Psychiater Thomas S. Szasz vertreten (z. B. Szasz 1974), der davon ausgeht, dass Diagnosen psychischer Störungen nur aufgrund subjektiver Bewertungen und nicht aufgrund objektiver, empirisch überprüfbarer Kriterien gestellt werden können. Anstelle der Validität wird der soziale Machtas-

pekt betont, da derjenige, der Diagnosen definiert, Einfluss darauf nimmt, welche Aspekte psychischen Krankseins als relevant und wichtig angesehen werden.

In der bisherigen Klassifikationspraxis war bereits die pragmatische Störungsdefinition wenig präzise. Zum Beispiel kann man im Laufe der Entwicklung der verschiedenen Systeme Veränderungen der Schwellendefinition erkennen. Im DSM-III erfolgte die Definition noch meist anhand einfacher Symptom- und Zeitkriterien. Im DSM-IV wurde weitergehend spezifiziert, dass durch die Symptomatik in klinisch bedeutsamer Weise Leiden oder psychosoziale Beeinträchtigungen hervorgerufen werden müssen. In den klinisch-diagnostischen Leitlinien der ICD-10 (Dilling et al. 1991; 1. Aufl.) beinhaltet „Störung“ einen erkennbaren Komplex von Symptomen oder Verhaltensauffälligkeiten, der mit Belastungen und Beeinträchtigungen von Funktionen verbunden ist. Letztlich stellte die Abgrenzung zwischen „krank“ und „gesund“ stets nicht mehr als eine willkürliche Konvention dar. Umstritten ist bis heute v. a. der Grenzbereich, für den wiederholt „Subthreshold“- bzw. subkategoriale Diagnosen vorgeschlagen wurden.

Diese Problematik lässt sich v. a. an folgenden kontrovers diskutierten Störungen der ICD-10 ablesen:

- Anpassungsstörungen,
- Angst und Depression, gemischt.

Bei Ersteren finden sich nur in den allgemeinen Beschreibungen Hinweise auf Beeinträchtigungen, nicht jedoch in den eigentlichen diagnostischen Kriterien. Bei Letzteren handelt es sich bei genauerer Betrachtung eigentlich um subkategoriale Einheiten.

Auch der Vorteil der Operationalisierung einer Störung darf nicht darüber hinwegtäuschen, dass damit verbundene weitere Probleme nicht gelöst sind. Dies betrifft zum einen die Präzision der Kriterien (Frances u. Widiger 2012), aber auch die Erfassung der psychopathologischen Symptome und deren zeitliche Dauer (Jäger et al. 2007). Hierzu finden sich bisher kaum Diskussionen und schon gar keine empirische Daten.

Definition spezifischer Störungen

Unter Berücksichtigung der exponentiellen Zunahme psychischer Störungen seit Einführung des DSM-I stellt sich die Frage, inwieweit dies gerechtfertigt bzw. sinnvoll ist. Bis zum heutigen Tag gibt es eine Reihe kontrovers diskutierter Störungen aus den verschiedenen Bereichen. In der ICD-10 sind dies z. B.:

- F2: schizotypen Störung, schizoaffektive Störung,
- F40: die verschiedenen Angststörungen, speziell die generalisierte Angststörung (GAS) und die soziale Phobie sowie die posttraumatische Belastungsstörung (PTBS).

Bei der *schizotypen Störung*, die zudem im DSM-IV unter den Persönlichkeitsstörungen abgebildet werden muss (!), findet sich der Hinweis „diese Kategorie wird nicht zum allgemeinen Gebrauch empfohlen“ (Dilling et al. 1991, S. 102). Die kontroverseste Diskussion findet seit jeher um die *schizoaffektive Störung* statt. Dies spiegelt sich auch in den verschiedenen Entwürfen zur ICD-10 wider. So war sie zwischenzeitlich im Abschnitt zu den affektiven Störungen, letztlich jedoch im Abschnitt F2 platziert worden, jedoch nicht, wie noch in der ICD-9, als Subtyp der Schizophrenie (F20), sondern als eigene Störungskategorie (F25). Die Problematik der Aufspaltung psychischer Störungen wird am deutlichsten im *Angstbereich*. Während in der ICD-9 noch von der Angstneurose ausgegangen wird, ist es in den aktuellen Klassifikationssystemen eine Vielzahl unterschiedlicher Störungen (u. a. Panikstörung, GAS, soziale Phobie). Jedoch nicht nur die Abgrenzung untereinander ist ein Problem, sondern z. T. auch zu Störungen aus anderen Bereichen. Exemplarisch soll die soziale Phobie genannt sein, für die es z. T. verwunderlich hohe Prävalenzraten gibt (bis 16%). Die soziale Phobie kann andererseits als Prototyp einer Störung angesehen werden, die eine dimensionale Betrachtungsweise von normal über subklinisch bis zur spezifischen Störung mit Diagnose nahelegt. Diese zu stellen, ist jedoch fast unmöglich, da es kaum wirkliche Unterschiede zu selbstunsicheren Persönlichkeitsstörungen gibt. Bei der PTBS ist die Konzeptualisierung ein Pro-

blem (u. a. große Unterschiede zwischen DSM-IV und ICD-10).

Fehlerquellen in der Erfassung psychischer Störungen

Eine zuverlässige Erfassung psychischer Störungen ist unter wissenschaftlichem und klinischem Blickwinkel von großer Bedeutung. In der *Forschung* betrifft dies v. a. epidemiologische Studien zur Bestimmung von Prävalenzraten, aber auch Therapiestudien im pharmakologischen und psychotherapeutischen Bereich. In der *klinischen Tätigkeit* kann nur eine zuverlässige Diagnostik, auf allen oben skizzierten Ebenen, eine zuverlässige Behandlungsplanung gewährleisten. Diesem Wunsch und dieser Forderung steht jedoch eine Reihe von Problembereichen gegenüber, die nachfolgend skizziert werden sollen.

Problembereich „Patient“

Die Frage, inwieweit der Untersucher oder der Patient als größere Fehlerquelle im diagnostischen Prozess anzusehen ist, wird seit über 50 Jahren diskutiert. Bei der Analyse älterer Arbeiten zur Interrater-Reliabilität wurden in der Literatur sog. *Fehler- oder Varianzquellen des diagnostischen Prozesses* identifiziert: Subjekt-, Situations-, Informations-, Beobachtungs- und Kriterienvarianz. Diese Fehlerquellen werden als mögliche Ursachen für die mangelnde Übereinstimmung verschiedener Diagnostiker betrachtet. *Subjekt- und Situationsvarianz* können als Abbild realer Veränderungen aufseiten des Patienten angesehen werden (z. B. Symptomatik verändert sich, Patient befindet sich in unterschiedlichen Stadien einer Erkrankung). Die *Kriterienvarianz* konnte durch die Operationalisierung psychischer Störungen beseitigt werden, unter der Voraussetzung der strikten Anwendung eines Klassifikationssystems wie DSM-IV oder ICD-10. *Beobachtungs- und Informationsvarianz* können jedoch als „wahre Fehlerquellen“ angesehen werden. So fanden z. B. Beck (1962) und Ward et al. (1962) bereits Anfang der 1960er Jahre, dass bei 32,5% der untersuchten Personen Unterschiede in der Befragungstechnik (Informationsvarianz) und der Symptombewertung (Beobachtungsvari-

anz) für mangelnde diagnostische Übereinstimmungen zu identifizieren waren. Demgegenüber scheinen Inkonsistenzen, die durch die Patienten bedingt werden, vernachlässigbar (!). Auch andere Arbeiten (z. B. Wittchen 1993) kommen zu ähnlichen Ergebnissen, wobei auch hier insbesondere Inkonsistenzen in der Auswahl und Formulierung von Symptomfragen für mangelnde Interrater-Reliabilität verantwortlich sind, weniger Inkonsistenz im Antwortverhalten der Patienten. Dies unterstreicht die große Bedeutung der richtigen und einheitlichen Formulierung der Symptomfragen, was als Begründung für die Entwicklung von Interviews herangezogen werden kann. Man kann daher davon ausgehen, dass Probleme auf Patientenseite (z. B. Informationsvermittlung) weniger bedeutsam sind, außer es liegen willentlich Verfälschungen in Form von z. B. Simulation vor.

Problembereich „Untersucher“

Der Fehlerquelle „Untersucher“ scheint im Hinblick auf die genannten Varianzquellen die größere Bedeutung zuzukommen. Dies betrifft verschiedene Aspekte wie:

- Problematik klinischer Interviews,
- Ausbildung,
- Kenntnisse in Psychopathologie, einem leider zu sehr vernachlässigten Bereich (ICD/DSM: Kriterien meist psychopathologische Symptomkriterien ohne Definitionen!!),
- falsche Anwendung von Instrumenten ohne hinreichende Qualifikation.

Speziell die klinische Diagnosestellung wird oft als problematisch angesehen. Eine Erhöhung der diagnostischen Sicherheit, auch in der klinischen Routine, bietet der von Spitzer zunächst zur Evaluation diagnostischer Instrumente vorgeschlagene *LEAD-Ansatz* (Abk. für „longitudinal evaluation, done by experts, employing all data“). Hierbei wird versucht, alle vorliegenden Informationen zu einem diagnostischen Urteil zu integrieren (Überblick: Stieglitz 2000). Ähnliche Überlegungen wurden von Leckman et al. (1982) formuliert und als „best estimated diagnosis“ bezeichnet. Auch hier ist der Grundgedanke, alle zur Verfügung stehenden Informationsquellen in Bezug

auf eine Lebenszeitdiagnose einzubeziehen. Allerdings haben derartige Vorgehensweisen bisher keinen Einzug in den klinischen Alltag gefunden.

Versucht man diese doch z. T. aufwendigen Strategien zu optimieren, bietet sich als Alternative die „stepped diagnosis“ an, wie sie von Batstra u. Frances (2012) vorgeschlagen wird. Es handelt sich dabei um eine Vorgehensweise, die eine gewisse Ähnlichkeit zu den verschiedenen Stufenmodellen in der Behandlung psychischer Störungen hat [vgl. z. B. National Institute for Clinical Excellence (NICE): Depressionsbehandlung]. Das Modell umfasst einen 6-stufigen Prozess mit dem Ziel der Gegensteuerung zum inflationären Gebrauch von Diagnosen, indem unter Nutzung zunächst minimaler Interventionen und der Wirkung von Zeit, Unterstützung und Placebowirkung bis zur Festlegung einer definitiven Diagnose stufenweise vorgegangen werden sollte.

Problembereich „Instrument“

Das Ziel der Verbesserung der Interrater-Reliabilität wurde mit der Einführung der Operationalisierung psychischer Störungen nicht automatisch erreicht, sondern erst mit der Entwicklung diagnostischer Interviews angestrebt. Selbst- und Fremdbeurteilungsverfahren haben sich nicht bewährt bzw. kommen nicht zu zuverlässigen Ergebnissen, wenn es um die Ableitung einer Diagnose geht (Stieglitz 2008).

Unter einem *Interview* versteht man Interaktionen zwischen 2 Personen (Befragter und Befragtem) mit dem Ziel der Informationssammlung über die verschiedenen Aspekte des Erlebens und Verhaltens des Befragten. Im Hinblick auf die Klassifikationssysteme bedeutet dies die Bereitstellung von Befragungsstrategien für die Informationssammlung zu den in Diagnosesystemen enthaltenen Kriterien (Symptom-, Zeit- und Verlaufskriterien; Ein- und Ausschlusskriterien). Hinsichtlich des Grads der Strukturierung des Informationserhebungsprozesses unterscheidet man zwischen strukturierten und standardisierten Interviews. *Strukturierte Interviews* (Beispiel: Strukturiertes Klinisches Interview für DSM-IV; SKID-I und -II) geben eine systematische Gliederung des Informationssammelungspro-

zesses vor. Die Exploration der Diagnostiker wird durch die Vorgabe von vorformulierten Fragen (Einstiegs- und Zusatzfragen) erleichtert. Bewertung und Gewichtung der Antworten des Patienten bleiben in der Regel dem Untersucher überlassen (klinisches Urteil), wenngleich z. T. Rating-Anweisungen mitangegeben werden, um dieses Urteil zu erleichtern. Demgegenüber sind bei den *standardisierten Interviews* (Beispiel: CIDI) alle Ebenen des diagnostischen Prozesses und alle Elemente der Informationserhebung genau festgelegt, d. h. der Ablauf der Untersuchung, die Reihenfolge der Fragen, die Codierung der Antworten bis hin zu der meist computerisierten Diagnosestellung. Hat der Patient z. B. Verständnisprobleme, darf der Interviewer nur noch:

- die gesamte Frage oder einen Teil davon wiederholen bzw.
- eventuell vorhandene Zusatzfragen oder -anweisungen vorlesen.

Derartige Interviews sind in der Forschung zwischenzeitlich fast Standard (v. a. in epidemiologischen Studien), setzten sich in der klinischen Praxis jedoch aufgrund des hohen Zeitaufwands in der Ausbildung und der Anwendung kaum durch bzw. werden oft ohne hinreichende Qualifikation eingesetzt. Die mit einem Interview ermittelten Ergebnisse dürfen daher nicht dazu verleiten, sich in „Sicherheit“ zu wiegen, denn auch bei der Entwicklung von Interviews ergibt sich eine Reihe von nicht zu vernachlässigenden problematischen Punkten, wie z. B.:

- Umsetzung von Kriterien in Fragen,
- instrumentelle oder prozedurale Validität.

Exemplarisch für den ersten Punkt sollen die Persönlichkeitsstörungen genannt sein, wie sie im SKID-II enthalten sind. So sind die einzelnen *diagnostischen Kriterien* relativ gut in Fragen umgesetzt, jedoch die zentralen Eingangskriterien finden sich explizit nicht wieder, sondern lediglich in der Einleitung als relativ vage Informationen (letzte 5 bis 10 Jahre, „Sind Sie schon immer so gewesen?“). Bei der *prozeduralen Validität* („procedural validity“) geht es um das Ausmaß, mit dem eine neue diagnostische Prozedur ähnliche Ergebnisse bringt wie eine etablier-

te diagnostische Prozedur, die als Kriterium dient (z. B. standardisiertes Interview bei Laien vs. Experten). Es gilt dabei allerdings zu berücksichtigen, dass sich dieser Validitätsaspekt nur auf die Evaluierungsprozedur bezieht, nicht jedoch auf die zu beurteilenden Merkmale oder Kategorien. Dieser Validitätsaspekt ist insofern bedeutsam, da es oft ein Problem darstellt, bestimmte diagnostische Kriterien in entsprechende Symptomfragen in einem Interview umzusetzen. Nach Zwick (1983) beinhaltet dieser Aspekt eine Form der Generalisierbarkeit und nimmt eine Zwischenstellung zwischen Reliabilität und Validität ein. Formal betrachtet hat er Ähnlichkeit mit der Bestimmung der konvergenten Validität bei psychologischen Tests. Nordgaard et al. (2012) verglichen z. B. die Ergebnisse von SKID-Interviews mit einer „consensus lifetime best estimate“ (CLBE) und fanden eine Übereinstimmung von lediglich 18%.

First u. Pincus (1999) kritisieren an standardisierten Interviews wie dem CIDI, dass diese für die Anwendung durch Laien konzipiert seien, da keine klinischen Urteile nötig seien. Die Einschätzungen durch den Interviewer würden zu sehr auf den Angaben der interviewten Person basieren. Da bestimmte Störungen heute weniger stigmatisierend sind, ist die Bereitschaft, Probleme und Symptome „zuzugeben“, höher als früher, was einen Einfluss auf die Schätzung von Prävalenzraten hat. Zu einer ähnlichen Einschätzung kommen auch Batstra u. Frances (2012), die gleichfalls systematische Überschätzungen von Prävalenzraten annehmen, da keine klinischen Experten die Symptomkriterien hinsichtlich ihrer klinischen Relevanz bewerten.

Problematik am Beispiel der Entwicklung von DSM-5

Im Zusammenhang mit den Vorbereitungen der 5. DSM-Revision (DSM-5) sind Fragen der Klassifikation psychischer Störungen wieder in den Mittelpunkt des fachlichen und des öffentlichen Interesses gerückt. Herausgeber des DSM ist die American Psychiatric Association (APA), die 2006 die Psychiater Daniel Kupfer und Darrel Regier zu „chairmen“ der DSM-5 Task Force ernannte. Es wurden 13 Ex-

pertenarbeitsgruppen gebildet, die Vorschläge zur Modifikation der diversen Störungskapitel ausarbeiteten. Zusätzlich gab es Komitees zu wissenschaftlichen, klinischen, gesundheitspolitischen und forensischen Fragen. Insgesamt wirkten nach Angaben der APA rund 1500 Personen verschiedener Berufsgruppen aus 39 Ländern mit (Jeste et al. 2012). Der mit DSM-5 verbundene Anspruch war anfangs hoch: Das bisherige DSM-IV sollte nicht einfach fortgeschrieben werden, sondern es sollte der Versuch unternommen werden, auf der Grundlage von neurowissenschaftlichen Befunden eine andersartige Systematik zu entwickeln, die stärker als bisher die „natürlichen Krankheitsformen“ widerspiegeln würde. Insofern wurde ein „Paradigmenwechsel“ propagiert (Kupfer et al. 2002). Jedoch konnte dieser Anspruch nicht eingehalten werden, und das kommende DSM-5 wird weiterhin sehr eng an seinen Vorgängerversionen orientiert sein, wie die Verantwortlichen letztlich eingestehen mussten (Kupfer u. Regier 2011).

Die bisherige deskriptiv-psychopathologische Klassifikation schien an ihre Grenzen gestoßen zu sein. Trotz intensiver Forschung über 3 Jahrzehnte war es nicht gelungen, auch nur eine Störungskategorie des DSM-IV zu validieren (Regier et al. 2009). Ursprünglich hatte man bei der Einführung der operationalisierten Diagnostik durch DSM-III (1980) gehofft, dass es im Laufe der Zeit gelingen würde, die zugrunde liegenden biologischen und pathophysiologischen Mechanismen der einzelnen Störungsbilder aufzudecken. Aufgrund des Erkenntnisfortschritts sollte es möglich werden, die Diagnose sicher anhand objektiver Laborergebnisse und neurobiologischer Befunde zu stellen, so wie es heute in den meisten Bereichen der Medizin üblich ist. Tatsache ist jedoch, dass bis heute kein biologischer Marker für eine der in DSM-IV definierten Diagnosen identifiziert werden konnte (Insel 2009; Sanislow et al. 2010). Auch die seit vielen Jahren intensiv betriebene Hirnforschung mithilfe bildgebender Verfahren hat bisher nicht zur Validierung der diversen DSM-IV-Diagnosen beitragen können.

Angesichts dieser ernüchternden Bilanz sind die Zweifel an der Eignung der

bisherigen deskriptiven Diagnostik gewachsen. Stellt diese Diagnostik aufgrund ihres starken normativen Charakters selbst ein Hindernis für den wissenschaftlichen Fortschritt dar? Sind zu viele Forscher fälschlich davon ausgegangen, dass es sich bei den Diagnosen um „naturgegebene Einheiten“ handelte? In den letzten Jahren ist wiederholt daran erinnert worden, dass die heutigen Diagnosen hauptsächlich aufgrund klinischer Beobachtung entwickelt wurden und kaum über simple Syndrombeschreibungen hinausgehen (Frances u. Widiger 2012; Hyman 2010; Pierre 2010). Patienten mit gleicher Diagnose stellen keineswegs homogene Gruppen dar, sondern es gibt eine große Variabilität bei den Formen und dem Ausprägungsgrad der psychischen Symptomatik, den Verlaufsmerkmalen, den mit der Störung verbundenen Beeinträchtigungen und der Ansprechbarkeit auf Therapie. Dies ist insofern nicht überraschend, da es z. B. allein für die Diagnose einer Borderline-Persönlichkeitsstörung im DSM-IV insgesamt 256 Kombinationsmöglichkeiten der diagnostischen Kriterien gibt.

Zudem sind Überlappungen zwischen den Syndromen (Komorbidität) eher die Regel als die Ausnahme, was gegen die Annahme distinkter Einheiten spricht. In der ätiologischen Forschung sind daher einheitliche Ergebnisse wie etwa ein bestimmtes Gen als Ursache der Schizophrenie oder ein spezieller neurobiologischer Schaltkreis als Mechanismus der „major depression“ kaum zu erwarten. Das Festhalten an diagnostischen Begriffen wie „Schizophrenie“ erscheint vor diesem Hintergrund fragwürdig, da es sich ganz offensichtlich nicht um homogene Krankheitsbilder handelt, sondern viele spezielle Formen mit jeweils eigenen ätiologischen Besonderheiten zu existieren scheinen. Möglicherweise gibt es 50 oder 100 Formen innerhalb dessen, was heute unter dem Begriff „Schizophrenie“ zusammengefasst wird.

Trotz der schlechten Passung zwischen Diagnosen und neurowissenschaftlichen Ergebnissen zeichnet sich bis heute keine Alternative zur deskriptiven Klassifikation psychischer Störungen ab. In den Vorbereitungs Jahren von DSM-5 wurde zunehmend klar, dass der anfangs propagierte Übergang in eine neue Klassifi-

kationslogik nicht realisierbar ist, DSM-5 also das bisherige DSM-IV lediglich fortzuschreiben und daher einen konservativen Charakter haben wird. Änderungen werden sich allenfalls insofern ergeben, als einige Diagnosen entfallen, andere hinzukommen und die Kriterienkataloge der bleibenden Störungen überarbeitet und modifiziert wurden.

Die DSM-5-Arbeitsgruppen stellten ihre Änderungsvorschläge in den letzten Jahren auf einer Webseite der APA zur Diskussion. Es entwickelten sich sehr lebhaft und teils hitzige Debatten zu einzelnen Diagnosen. Als prominentester Hauptkritiker trat der amerikanische Psychiater Allen Frances von der Duke University in North Carolina in Erscheinung. Seine Worte haben insofern besonderes Gewicht, als Frances vor etwa 20 Jahren als Task-Force-Chef der APA die Entwicklung des DSM-IV verantwortete. Durch Internetbeiträge in den *Psychiatric Times* und bei *Psychology Today* sowie mithilfe diverser Blogs führte Frances zusammen mit anderen Kritikern eine recht kämpferische Auseinandersetzung. Daneben engagierte er sich in einer anspruchsvollen Diskussion zu grundsätzlichen erkenntnistheoretischen und gesellschaftspolitischen Fragen der Diagnostik psychischer Störungen (Phillips et al. 2012a; Phillips et al. 2012b; Phillips et al. 2012c; Phillips et al. 2012d). Frances (2013) fasste seine Positionen schließlich in der Monografie *Normal: Gegen die Inflation psychiatrischer Diagnosen* zusammen.

Die Hauptkritik Frances' lautete, dass es durch DSM-5 zu einer „Hyperinflation“ von psychischen Störungen kommen werde. Zum einen würden bei einigen Diagnosen die Kriterien so geändert, dass die Diagnose häufiger vergeben werden könne (Schwellenabsenkung), zum anderen würden einige neue Diagnosen in einem Graubereich zwischen psychisch normal und gestört eingeführt. Durch diese neuen Diagnosen werden nach Frances psychische Belastungen, die bislang als normaler Teil des menschlichen Lebens angesehen wurden, zur „Krankheit“ umdefiniert. Die meisten der geplanten Änderungen seien nicht oder kaum durch Forschungsergebnisse legitimiert, sondern stellen nach Ansicht von Frances willkürliche Änderungen im Sinne einiger weni-

ger Arbeits- und Interessengruppen dar. Er warnt eindringlich vor den nachteiligen Folgen, die eine „künstliche Vermehrung“ psychischer Störungen nach sich ziehen würde: die massive Zunahme von Pharmakotherapien mit all ihren Risiken („over-medication“), die weitere Verknappung der Ressourcen des Gesundheitssystems und nicht zuletzt die Gefahr der Stigmatisierung großer Teile der Bevölkerung durch das Diagnosenetikett einer psychischen Störung.

Im Zuge der heftigen fachlichen und auch öffentlichen Kritik korrigierten die DSM-5-Arbeitsgruppen einige der geplanten Änderungen, jedoch wurden andere umstrittene Neuerungen beibehalten. Daraufhin rief Frances im Dezember 2012 in einem Blog mit dem Titel „DSM-5 is a guide, not a bible – simply ignore its 10 worst changes“ dazu auf, diese Änderungen zu ignorieren oder sie zumindest nur mit äußerster Vorsicht und Zurückhaltung anzuwenden. Im Folgenden soll näher auf einige der umstrittenen Änderungen eingegangen werden.

Umstrittene neue Diagnosen

Den DSM-5-Arbeitsgruppen wurden viele Vorschläge für neu aufzunehmende Diagnosen eingereicht. Kriterium für die Aufnahme sollten stabile wissenschaftliche Belege für die Reliabilität und Validität eines Störungsbilds sein. Es gibt allerdings keinen Konsens über die Mindestanforderung an eine solche wissenschaftliche Fundierung, zumal schon die bisherigen Diagnosen nicht validiert werden konnten. Dementsprechend sind viele der neu aufgenommenen Diagnosen umstritten, und es bleibt abzuwarten, ob sie in der Forschung und der klinischen Anwendung ausreichend Akzeptanz finden werden.

Bei den Störungen des Kindes- und Jugendalters ist als neue Diagnose eine *affektive Dysregulationsstörung* („disruptive mood dysregulation disorder“) vorgesehen. Sie kann bei Kindern gestellt werden, die regelmäßig 3-mal oder häufiger pro Woche durch Temperamentsausbrüche auffallen. Eine der Motivationen für ihre Einführung war, sie als Alternative für die manchmal als unpassend angesehene Diagnose einer bipolaren Störung

der Kindheit zur Verfügung zu stellen. Nach Frances (2012a) beruht das Konzept der affektiven Dysregulationsstörung lediglich auf der Arbeit einer einzigen Forschergruppe, und es sei zu befürchten, dass sie in der klinischen Praxis zur unsachgemäßen Verschreibung von Medikamenten führen könnte. Frances verweist darauf, dass es in den letzten 2 Jahrzehnten bereits 3 „Modewellen“ bei Diagnosen des Kinder- und Jugendalters gab: die Liberalisierung der Kriterien der Aufmerksamkeitsdefizit- und Hyperaktivitätsstörung (ADHS), die eine Verdreifachung der gestellten Diagnosen zur Folge hatte, die Modifikation der Kriterien der autistischen Störung mit einer mehr als 20-fachen Zunahme der Diagnosehäufigkeit und die Neuaufnahme der bipolaren Störung der Kindheit. Da bei all diesen Diagnosen medikamentöse Behandlungsoptionen im Raum stehen, ist von erheblichen Behandlungskonsequenzen auszugehen.

Bei den Störungen des Erwachsenenalters soll die Diagnose einer *leichten neurokognitiven Störung* („minor neurocognitive disorder“) als hirnorganisch begründete Störung eingeführt werden. Voraussetzung sollen diskrete Auffälligkeiten in neuropsychologischen Leistungsuntersuchungen sein. Es wird vermutet, dass solche Auffälligkeiten den Beginn einer Demenzerkrankung anzeigen können. Allerdings ist zu erwarten, dass je nach Prävalenzschätzungen 5–29% der Bevölkerung die Diagnosekriterien erfüllen werden und die Rate falsch-positiver Alarme (ohne nachfolgende Demenz) sehr hoch sein wird (Lavretsky 2012). Obwohl eine neuropsychologische Testung zur Diagnosenstellung gefordert wird (die jedoch durch DSM-5 nicht näher spezifiziert wird), ist zu befürchten, dass diese aufgrund des damit verbundenen Aufwands im klinischen Alltag häufig unterbleiben wird und die kognitiven Funktionen dann lediglich aufgrund des klinischen Eindrucks abgeschätzt werden. Ein solches ungenaues Vorgehen wird vermutlich ebenfalls zum Anstieg der Diagnosenrate beitragen.

Umstritten ist auch die Aufnahme der „Binge-eating“-Störung (*Essanfallsstörung*) als offizielle Diagnose im Kapitel der Essstörungen, nachdem das DSM-IV diese Diagnose lediglich als vorläufige

Kategorie im Appendix aufgeführt hatte (Striegel-Moore u. Franko 2008). Die diagnostischen Kriterien werden deutlich gelockert: Es sind nicht mehr wie bisher Essattacken an mindestens 2 Tagen/Woche über mindestens 6 Monate erforderlich, sondern mindestens 1 Essattacke/Woche über mindestens 3 Monate. Frances (2010) geht davon aus, dass mehr als 6% der Bevölkerung die geänderten Diagnosekriterien erfüllen werden. Bei zumindest einem Teil der als „binge eater“ klassifizierten Betroffenen müsste davon ausgegangen werden, dass ein an sich noch normales Essverhalten pathologisiert würde. Zudem sollen auch die Kriterien der Anorexia und Bulimia nervosa weiter liberalisiert werden (Hilbert 2011).

Eine Diagnoseninflation wird ebenfalls im Zusammenhang mit einer neuen *Körpersymptomstörung* („somatic symptom disorder“) erwartet. Diese Diagnose soll die bisherigen somatoformen Störungen ablösen und nicht mehr zwischen medizinisch erklärten und unerklärten Symptomen unterscheiden. Zur Diagnosenstellung genügt in Zukunft bereits ein körperliches Symptom, das beim Betroffenen Sorgen oder Angst auslöst oder zu einer zeitaufwendigen Beschäftigung mit den Gesundheitsproblemen führt. Die Mindestdauer der Symptomatik ist mit 6 Monaten festgelegt, jedoch sind auch Ausnahmen mit kürzerer Dauer möglich. Frances (2012b) kritisiert, dass durch diese Diagnosen unzählige körperlich kranke Menschen als „psychisch krank“ deklariert werden können. Die Abschaffung der somatoformen Störungen mit der Betonung von körperlichen Beschwerden, die nicht oder nicht ausreichend durch medizinische Befunde erklärt werden können, ist zudem nicht überzeugend wissenschaftlich begründet (Rief u. Broadbent 2007). Weitere Kritikpunkte sind nach Rief (2011) der überinklusive Charakter der „neuen“ Körpersymptomstörung sowie die ungenügende Integration der „funktionellen Syndrome“, die in der somatischen Medizin gerne als Äquivalente der bisherigen somatoformen Störungen diagnostiziert werden.

Neu einführen wird das DSM-5 die übergeordnete Gruppe der *Sucht und verwandten Störungen* („addiction and related disorders“), die neben substanzbezo-

genen auch rein verhaltensbezogene Formen wie *Spielsucht* einbeziehen soll. Ein solches erweitertes Suchtkonzept war v. a. mit den Ergebnissen bildgebender Studien begründet worden, in denen bei substanz- und nichtsubstanzbezogenem Suchtverhalten ähnliche Veränderungen im Gehirn beobachtet wurden. Dies betraf insbesondere in Hirnregionen, die mit geringer Impulskontrolle, Abhängigkeit von Belohnung und aggressiven Verhaltensneigungen in Verbindung gebracht werden. *Internetsucht* als eigenständige Diagnose war angedacht, wurde aber als offizielle Diagnose wieder verworfen, da diesbezüglichen wissenschaftlichen Befunde noch zu vage sind. Frances (Frances u. Wollert 2012) kritisiert, dass durch das Konzept der verhaltensbezogenen Süchte die Gefahr besteht, dass jegliche Formen angenehmer Verhaltensweisen (Einkaufen, Sport, Sexualität, Arbeit, Golfspielen usw.) zur Sucht und damit zur psychischen Störung erklärt werden. Kritisch dürfte das v. a. in den vielen Grenzfällen sein, bei denen die Beurteilung von Belastung und Beeinträchtigung durch das exzessive Verhalten erheblich von subjektiven Werthaltungen abhängt.

Umstrittene Änderungen bestehender Diagnosen

Bei einigen der bisherigen DSM-IV-Kategorien ist eine Lockerung der diagnostischen Kriterien geplant, was zur Folge hat, dass die Diagnoseschwelle sinkt, die Diagnosen künftig leichter gestellt werden können und die Prävalenzraten steigen. Solche „Aufweichungen“ sehen Kritiker v. a. bei der *GAS* und der *PTBS*. Frances (2012a) befürchtet die Pathologisierung von Phänomenen wie normale Alltagsorgen oder negative Lebensereignisse, die bei einem Großteil der Bevölkerung auftreten. Bei der *PTBS* können sich zudem forensische Implikationen ergeben, deren etwaige Risiken derzeit kaum absehbar sind. Die Kriterien der *ADHS* sollen weiter liberalisiert und um die zusätzliche Diagnose der *ADHS des Erwachsenenalters* erweitert werden, was vermutlich einer weiteren Ausweitung medikamentöser Therapien Vorschub leisten wird (Batstra u. Frances 2012; Stolzer 2007).

Kritisiert wird ferner, dass das DSM-5 die *einfache Trauer* nicht mehr als Ausschlusskriterium der *Major depression* aufführen wird. Personen mit hinreichender depressiver Symptomatik sollen künftig unabhängig vom Vorhandensein oder Fehlen eines auslösenden Trauerfalls als „major depressive“ klassifiziert werden (Kendler et al. 2010). Es wird jedoch befürchtet, dass durch diese Änderung normale Trauerreaktionen den Stempel einer Depression erhalten und damit der Verschreibung von Antidepressiva Vorschub geleistet wird (Frances 2012a).

Konzeptuelle Veränderungen soll es bei den Störungen im Zusammenhang mit psychotropen Substanzen geben. Die bisherige Differenzierung zwischen Substanzmissbrauch (der leichteren Störung) und Substanzabhängigkeit (der schwereren Störung) wird aufgegeben, stattdessen soll es künftig nur noch eine einheitliche *Substanzgebrauchsstörung* („substance use disorder“) geben. Diese Kategorie wird sehr heterogen, da sie sowohl Personen mit missbräuchlichem Erstkonsum als auch schwere chronische Abhängigkeitsformen einschließen wird. Allerdings soll innerhalb der neuen Einheitskategorie nach Schweregrad differenziert werden können. Laut Rumpf u. Kiefer (2011) konnte in der bisherigen Suchtforschung das unabhängige Bestehen der beiden Kategorien Missbrauch und Abhängigkeit nicht bestätigt werden.

Anzumerken ist, dass die Kritik bezüglich zu niedriger Diagnoseschwellen nicht neu ist, sondern in den letzten Jahren auch auf einige der bisherigen DSM-III- und DSM-IV-Diagnosen bezogen wurde. Eine sehr ausführliche Diskussion über den „Verlust der Traurigkeit“ und die „Umwandlung von normalen Sorgen in Depression“ haben Horwitz et al. (2007) vorgelegt. In einer neueren Monografie (Horwitz u. Wakefield 2012) wird argumentiert, dass die aktuellen Störungsdefinitionen der Angststörungen nicht berücksichtigen, ob tatsächlich eine Fehlfunktion der evolutionsgeschichtlich erworbenen Geist-Hirn-Mechanismen vorliegt oder nicht. Vor diesem Hintergrund beklagen die Autoren insbesondere eine allgemeine Überdiagnostizierung der sozialen Phobie und der PTBS. Batstra u. Frances (2012) ent-

wickelten Vorschläge einer gestuften Diagnostik („stepped care“), um ein Überdiagnostizieren im klinischen Alltag möglichst zu vermeiden (s. Abschn. „Definition spezifischer Störungen, Problem-bereich ‚Untersucher‘“).

Zurückgenommene Diagnosenvorschläge

In verschiedenen Phasen der DSM-5-Entwicklung wurden weitere Diagnosen vorgeschlagen, die jedoch heftige Kontroversen auslösten und schließlich wieder zurückgenommen wurden. Es handelt sich um:

- das *Psychosenrisikosyndrom* („attenuated psychosis syndrome“), definiert durch psychosotypische Symptome in abgeschwächter Form als Hinweis auf die etwaige Entwicklung einer späteren Psychose,
- eine *gemischte Angst- und depressive Störung* („mixed anxiety depressive disorder“), die in sehr vager Form durch negative Gemütszustände gekennzeichnet gewesen wäre,
- die *Cybersexsucht* („internet and sex addiction“),
- und bei den sexuellen Störungen *Ver-gewaltigung* („coercive paraphilia“), *Geschlechtsverkehr mit Minderjährigen* („hebephilia“) und *Hypersexualität* („hypersexual disorder“).

Die Einführung dieser Diagnosen hätte zu einer weiteren erheblichen Prävalenzzunahme sowie im Fall der sexuellen Störungen auch zu schwierigen Fragen bei forensischen Beurteilungen geführt (First u. Frances 2008; Frances u. Wollert 2012). Diagnosenvorschläge wie die „Internetsucht“ oder „Cybersexsucht“ werfen die Frage auf, inwieweit sich ein Klassifikationssystem offensichtlichen Modeströmungen öffnen sollte. Derartige „Diagnosen“ breiten sich nach Einschätzung Frances' „wie ein Waldbrand“ aus und werden durch alarmierende Medienberichte, Internetblogs vermeintlich oder tatsächlich Betroffener und dem Spritzen nicht-geprüfter neuer „Therapieprogramme“ in Erwartung von Millionen neuer Kunden unterstützt. Frances u. Widiger (2012) sehen in der Zunahme von Modediagnosen einen zunehmend perfektionistischen An-

spruch der Gesellschaft, in dem Belastung und Mühe immer weniger toleriert werden und die Erwartung besteht, dass jegliche Form von Stress benannt und beseitigt wird. Diagnosen eignen sich gut, um in Medien und Internetforen aufgegriffen und populär gemacht zu werden. Hinzu kommen soziale Interessensgruppen, die sich mithilfe neuartiger (meist englischer) Diagnosenbegriffe mehr Beachtung versprechen oder der Forderung nach präventiven Programmen mehr Plausibilität verleihen.

Stärkere Integration dimensionaler Maße

Das DSM-5 und seine Vorgängerversionen stellen im Kern kategoriale Systeme dar, bei denen ähnlich wie in der somatischen Medizin zwischen verschiedenen Krankheiten im Sinne biologischer abgrenzbarer Einheiten unterschieden wird. Es ist Aufgabe des Diagnostikers, einzelne Personen den zur Verfügung stehenden Kategorien korrekt zuzuordnen. Die Zuordnung kann durch dimensionale Beschreibungen ergänzt werden, etwa den Grad der Depressivität bei einer Person mit der Diagnose *Major depression*. Eine stärkere Einbindung dimensionaler Maße wurde als Ziel der DSM-5-Entwicklung ausdrücklich formuliert (Regier et al. 2009), und zwar sowohl innerhalb der Kategorien als auch kategorienübergreifend. Dennoch scheint das Ergebnis, im Ganzen betrachtet, hinter diesem formulierten Anspruch zurückgeblieben zu sein, denn eine markant stärkere Betonung dimensionaler Maße ist nur bei den Persönlichkeitsstörungen zu erkennen (Herpertz 2011).

Evaluationskriterien von Klassifikations-systemen und Störungen

Auch wenn es bei der Entwicklung von Klassifikationssystemen eine Reihe von Vorgaben bezüglich des Einschlusses von Störungen gibt, existieren bis heute keine allgemein verbindlichen Regeln, und im letzten Schritt bleibt es immer eine Konvention, wann eine Störung eingeschlossen werden soll. Dies ist umso verwunderlicher, da es in der Literatur immer wieder sehr differenzierte Vorschläge gibt, wie

hier verbindlicher und stringenter vorgegangen werden sollte. Exemplarisch soll auf einige eingegangen werden.

In Bezug auf das *Gesamtsystem* ist insbesondere von Relevanz, welche Störungsgruppen in ein Klassifikationssystem aufgenommen werden sollen. Hier zeigt sich, wie bereits erwähnt, eine deutliche Tendenz zur Zunahme der Zahl der Diagnosen. Um hier der Willkür einen Riegel vorzuschieben, wurden von Blashfield et al. (1990) stringente *Vorschläge zur Aufnahme und zum Ausschluss von Diagnosen in Klassifikationssysteme* gemacht:

- **Kriterien für den Einschluss von Diagnosen:** u. a. hinreichende Zahl publizierter Studien zu der entsprechenden Kategorie (50, davon mindestens 25 empirische); Liste diagnostischer Kriterien mit hinreichenden Reliabilitäts- und Validitätsbelegen; Beleg einer hinreichenden Interrater-Reliabilität der Kategorie in mindestens 2 Studien ($\kappa \geq 0,70$);
- **Kriterien für den Ausschluss von Diagnosen:** weniger als 20 publizierte Arbeiten, die sich in den letzten 10 Jahren mit der Kategorie beschäftigt haben; Störungen, die in 5 Studien in weniger als 5% der Patienten vorkamen; Nachweis diagnostischer Fehlerquellen in mindestens 5 Studien.

Dieser Vorschlag bedarf jedoch einer weiteren Präzisierung und Systematisierung. Die zu beachtenden Evaluationskriterien lassen sich in Erweiterung der Überlegungen von Sprock (1985) nach folgenden Gesichtspunkten differenzieren: psychometrische Kriterien, anwendungsbezogene Kriterien und strukturelle Kriterien. Während die *psychometrischen* (z. B. Reliabilität) und *anwendungsbezogenen Kriterien* (z. B. Akzeptanz durch die Anwender) auch in Bezug auf die Symptom- und Syndromebene von Bedeutung sind, sind die *strukturellen Kriterien* (z. B. konzeptuelle Grundlagen) für Klassifikationssysteme als wichtig zu ergänzen, da sie generelle Bewertungen eines Klassifikationssystems ermöglichen.

In Abhängigkeit von den jeweils zu evaluierenden Störungsgruppen können zudem weitere Validitätsaspekte von Bedeutung sein (z. B. prädiktive Validität im

Hinblick auf den weiteren Verlauf oder Therapieresponse), d. h., bei der Auswahl von Validitätskriterien bedarf es der theoretischen Begründung in Bezug auf die jeweilige Störungsgruppe. Im Hinblick auf die Klassifikationsforschung bei psychischen Störungen dient die klassische Arbeit von Robins u. Guze (1970) bis zum heutigen Tag als wesentliche Grundlage für die Durchführung von Evaluationsstudien: Identifikation und Beschreibung der Störung, Laboruntersuchungen, Abgrenzung zu anderen Störungen, Follow-up-Untersuchungen zur Identifizierung unterschiedlicher Verlaufs- und Outcome-Muster, Familienstudien. In Erweiterung dieser Überlegungen bezogen auf depressive Störungen fordern z. B. Rush u. Weissenburger (1994) die Überprüfung folgender Bereiche: interne Validität (u. a. Prüfung der Relevanz der diagnostischen Kategorien), Labortests, Stabilität der Diagnose über Episoden hinweg, Beziehung zur Familiengeschichte sowie Untersuchung des Krankheitsverlaufs.

Die von Robins u. Guze gemachten Vorschläge zur *Validierung von Diagnosen* bedürfen heute einer *Erweiterung*. Kendler (1980) differenziert weiter hinsichtlich:

- „antecedent validators“ (z. B. primäre Persönlichkeit),
- „concurrent validators“ (z. B. psychologische Tests),
- „predictive validators“ (z. B. „treatment response“).

Andreasen (1995) schlägt vor dem Hintergrund der Weiterentwicklung labortechnischer Möglichkeiten als Ziel von Evaluationsstrategien die Identifikation desjenigen Hirnsystems vor, das bei einer bestimmten Erkrankung gestört ist. Dieses Vorgehen bedarf jedoch der *Einbeziehung von Nachbardisziplinen* wie der Molekulargenetik, Molekularbiologie, Neurochemie, Neuroanatomie, Neurophysiologie oder kognitiven Neurowissenschaften. Bisher sind die Ergebnisse und deren praktische Konsequenzen für die Klassifikation psychischer Störungen eher als ernüchternd zu bezeichnen.

Insgesamt gesehen kann man Wittchen (1993) auch heute noch zustimmen, dass die aktuelle klinisch-deskriptive Klassifikation als ein Vorstadium anzusehen ist,

um auf der Grundlage systematischer empirischer Studien geeignetere Konzepte und Vorgehensweisen mit höherer Validität zu entwickeln (z. B. im Hinblick auf Ätiologie, Pathogenese, Vorhersage des Therapieerfolgs, Langzeitverlauf). Spitzer u. Williams (1989) schlagen hierzu folgende allgemeine Strategie im Rahmen eines „multiplex design“ vor:

- Einbeziehung verschiedener Zentren („multiple center“),
- Einbeziehung möglichst vieler Experten pro Zentrum („multiple experts at each site“),
- Überprüfung unterschiedlicher Kriteriensets gegeneinander („multiple diagnostic criteria sets“),
- multiple externe Validierungen („multiple external validators“; z. B. Therapie-Response, Stabilität im Verlauf, Labortests).

Auch im Zuge der Entwicklung von DSM-5 wurde deutlich, dass die bisherige deskriptive Klassifikation den Anspruch, natürliche Krankheitseinheiten abzubilden, nicht erfüllt und mit großer Wahrscheinlichkeit auch in Zukunft nicht erfüllen wird. Ein Paradigmenwechsel war jedoch nicht möglich, da keine brauchbare Alternative zur Verfügung stand. Wie könnte eine solche Alternative aussehen? Ein in den letzten Jahren zunehmend populärer Vorschlag besteht darin, diagnostische Kategorien nicht mehr im Sinne von Phänotypen zu konzipieren, sondern stärker auf fundamentale Verhaltenselemente und neurobiologische Maße zu fokussieren. Mit dieser Intention rief das National Institute of Mental Health 2008 das *Research Domain Criteria (RDoC) Project* ins Leben. Ziel soll es sein, eine Klassifikation auf Basis sog. funktionaler Dimensionen zu entwickeln und Befunde aus der translationalen Forschung zur Genetik, zu neurobiologischen Schaltkreisen und zu Verhaltensparametern zusammenzuführen. Die leitende Idee ist, dass dysregulierte neurobiologische Systeme zum neuen Organisationsprinzip bei der Selektion von Forschungspopulationen werden könnten. Langfristig wäre damit ein völlig neuer Klassifikationsansatz für psychische Erkrankungen denkbar (Insel et al. 2010; Sanislow et al. 2010).

Als erste vorläufige Arbeitshypothesen sind aus dem RDoC-Projekt die folgenden 5 funktionalen Hauptbereiche vorgeschlagen worden (First 2012):

- *negative Valenzsysteme* („negative valence systems“) mit den Konstrukten Furcht, Stress (Belastung) und Aggression,
- *positive Valenzsysteme* („positive valence systems“) mit den Konstrukten Suche nach Verstärkung, Lernprozesse und Gewohnheitsbildung,
- *kognitive Systeme* („cognitive systems“) mit den Konstrukten Aufmerksamkeit, Wahrnehmung, Arbeitsgedächtnis/exekutive Funktionen, Langzeitgedächtnis und kognitive Kontrolle,
- *Systeme für soziale Prozesse* („systems for social processes“) mit den Konstrukten Trennungsangst, Regulation des mimischen Ausdrucks, Verhaltenshemmung und Emotionsregulation,
- *Erregungs- und Regulationssysteme* („arousal/regulatory systems“) mit den Konstrukten der Schlaf- und Wachheitssteuerung.

Es ist beabsichtigt, innerhalb jedes Hauptbereichs die relevanten Konstrukte sowie ihre Maße und Erfassungsmethoden zu definieren. Daraus ließe sich eine Matrix mit den Konstrukten (Reihen) und ihren diversen Elementen (Spalten) konstruieren, wobei solche „Elemente“ Gene, Moleküle, Zellen, neuronale Schaltkreise, Verhalten und Selbstberichte darstellen könnten. Es wäre Aufgabe der Forschung, die Zellen zu füllen und somit ein einheitliches Ordnungssystem zu erstellen. Von einem solchen System müsste allerdings gefordert werden, dass eine bessere Krankheitsprognose und bessere Therapieindikationen erreicht werden, als dies mit den heutigen Diagnosen möglich ist.

Der mit dem RDoC-Projekt verfolgte Ansatz steckt noch in seinen Kinderschuhen, und es wird allgemein mit einer sehr langen Entwicklungszeit gerechnet. Viele Autoren sind skeptisch, ob tatsächlich Ergebnisse zu erzielen sind, die eines Tages den deskriptiven Ansatz ablösen können (Phillips et al. 2012d). Das DSM-5 jedenfalls wird weder jetzt noch in absehbarer

Zeit durch Ergebnisse aus dem RDoC-Projekt beeinflusst sein.

Abschließend soll auf einen oft übersehenen Aspekt hingewiesen werden: die Frage der Nützlichkeit eines Klassifikationssystems und der darin aufgenommenen Störungen. Nach Hunsley u. Mash (2005) beinhalten diese 2 wichtige Aspekte:

- „treatment utility“ (Grad, mit dem eine diagnostische Untersuchung zu einem positiven Behandlungsergebnis beiträgt) sowie
- „diagnostic utility“ (Grad, in dem diagnostische Informationen dazu beitragen, eine genaue und umfassende Diagnose zu formulieren).

In gleiche Richtung geht auch die Forderung von First et al. (2004) nach einer „clinical validity“. Sie beinhaltet verschiedene Facetten wie Kommunikation klinisch wichtiger Informationen oder Auswahl effektiver Interventionen. Derartige Überlegungen müssen zukünftig stärker diskutiert und bei der Entwicklung von Klassifikationssystemen berücksichtigt werden.

Fazit und Perspektiven

Die Zeit seit der Einführung von DSM-IV und ICD-10 wurde nicht hinreichend genutzt, bestehende Störungen zu evaluieren und neue hinreichend abzusichern, was speziell für ICD-10 gilt. So finden sich z. B. für die sog. provisorischen Diagnosen der ICD-10 kaum Studien, die Entscheidungshilfen im Hinblick auf ICD-11 liefern.

Ziel sollte es sein, allgemein verbindliche und strenge Kriterien für die Aufnahme und den Ausschluss in ein Klassifikationssystem zu entwickeln, die einer inflationären Entwicklung gegensteuern. In Anbetracht einer eher schmalen Palette therapeutischer Interventionsmöglichkeiten (speziell psychopharmakologischer Art) wirkt die Palette differenzierter Störungen fast künstlich.

Es ist daher Frances u. Widiger zuzustimmen, wonach auch pragmatische Aspekte bei der Entwicklung eines Klassifikationssystems eine wichtige Rolle spielen sollten, da ihre breite Anwendung primär in der Praxis erfolgt und weniger

in der Forschung. Man sollte zudem eher konservativer vorgehen und sich Zeit bis zur Einführung neuer Störungen nehmen, um einer diagnostischen Inflation vorzubeugen, zumal die Datenbasis dafür meist eher als unzureichend anzusehen ist.

Korrespondenzadressen

Prof. Dr. rer.nat. Rolf-Dieter Stieglitz
Universität Psychiatrische Kliniken (UPK) Basel
Wilhelm Kleinstr. 27, 4012 Basel
Schweiz
rolf-dieter.stieglitz@upkbs.ch

Prof. Dr. rer.nat. Wolfgang Hiller
Psychologisches Institut,
Abteilung Klinische Psychologie und
Psychotherapie, Universität Mainz
Wallstr. 3, 55122 Mainz
hiller@uni-mainz.de

Interessenkonflikt. Die korrespondierenden Autoren geben an, dass kein Interessenkonflikt besteht.

Literatur

- American Psychiatric Association (APA) (1980) Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-III), 3. Aufl. APA, Washington
- Andreasen NC (1995) The validation of psychiatric diagnosis: new models and approaches. *Am J Psychiatry* 152:161–162
- Andrews G, Slade T, Peters L (1999) Classification in psychiatry: ICD-10 versus DSM-IV. *Br J Psychiatry* 174:3–5
- Batstra L, Frances A (2012) Diagnostic inflation: causes and a suggested cure. *J Nerv Ment Dis* 200:474–479
- Batstra L, Frances A (2012) DSM-5 further inflates attention deficit hyperactivity disorder. *J Nerv Ment Dis* 200:486–488
- Beck AT (1962) Reliability of psychiatric diagnosis. 1. A critique of systematic studies. *Am J Psychiatry* 119:210–216
- Berner P, Gabriel E, Katschnig H et al (1983) Diagnosekriterien für schizophrene und affektive Psychosen. Weltverband für Psychiatrie, Wien
- Bertelsen A (1999) Reflections on the clinical utility of the ICD-10 and DSM-IV classifications and their diagnostic criteria. *Aust N Z J Psychiatry* 33:166–173
- Blashfield RK, Sprock J, Fuller AK (1990) Suggested guidelines for including or excluding categories in the DSM-IV. *Compr Psychiatry* 31:15–19
- Dilling H, Mombour W, Schmidt MH (Hrsg) (1991) Internationale Klassifikation psychischer Störungen, ICD-10, Kapitel V (F). Klinische Beschreibungen und diagnostische Leitlinien. Huber, Bern
- Drimmelen-Krabbe J van, Bertelsen A, Pull C (1999) Ähnlichkeiten und Unterschiede zwischen ICD-10 und DSM-IV. In: Helmchen H, Henn H, Lauter H, Sartorius N (Hrsg) *Psychiatrie der Gegenwart*, Bd 2: Allgemeine Psychiatrie. Springer, Berlin Heidelberg New York Tokio, S 89–117

- Feighner JP, Robins E, Guze SB et al (1972) Diagnostic criteria for use in psychiatric research. *Arch Gen Psychiatry* 26:57–63
- First MB (2012) Commentary: the national institute of mental health research domain criteria (RDoC) project: Moving towards an etiologically-informed diagnostic classification in psychiatry. *Philos Ethics Human Med* 7:9
- First MB, Pincus HA (1999) Classification in psychiatry: ICD-10 v. DSM-IV. *Br J Psychiatry* 175:205–209
- First MB, Pincus HA, Levine JB et al (2004) Clinical utility as a criterion for revising psychiatric diagnoses. *Am J Psychiatry* 161:946–954
- First MB, Frances AJ (2008) Issues for DSM-V: unintended consequences of small changes: the case of paraphilias. *Am J Psychiatry* 165:1240–1241
- Frances AJ (2010) DSM-5 goes too far in creating new mental disorders. <http://www.psychologytoday.com/blog/dsm5-in-distress/201003/dsm-5-goes-too-far-in-creating-new-mental-disorders>
- Frances AJ (2012a) DSM-5 is a guide, not a bible – simply ignore its 10 worst changes. <http://www.psychiatristimes.com/blog/frances/content/article/10168/2117994>
- Frances AJ (2012b) Mislabeling medical illness as mental disorder. <http://www.psychologytoday.com/blog/dsm5-in-distress/201212/mislabeling-medical-illness-mental-disorder>
- Frances AJ, Wollert R (2012) Sexual sadism: avoiding its misuse in sexually violent predator evaluations. *J Am Acad Psychiatry Law* 40:409–416
- Frances AJ, Widiger T (2012) Psychiatric diagnosis: lessons from the DSM-IV past and cautions for the DSM-5 future. *Annu Rev Clin Psychol* 8:109–130
- Frances AJ (2013) Normal: Gegen die Inflation psychiatrischer Diagnosen. DuMont, Köln; Originaltitel: Frances AJ (2013) Saving normal. An insider's look at what caused the epidemic of mental illness and how to cure it. Morrow, New York
- Herpertz SC (2011) Was bringt das DSM-V Neues zur Klassifikation der Persönlichkeitsstörungen? *ZPPP* 59:261–266
- Hilbert A (2011) Klassifikation von Essstörungen im Zuge von DSM-5 mit besonderem Fokus auf der Diagnostik von Essanfällen bei der Binge-Eating-Störung. *ZPPP* 59:267–274
- Horwitz AV, Wakefield JC, Spitzer RL (2007) The loss of sadness: how psychiatry transformed normal sorrow into depressive disorder. Oxford University Press, New York
- Horwitz AV, Wakefield JC (2012) All we have to fear: psychiatry's transformation of natural anxieties into mental disorders. Oxford University Press, New York
- Hunsley J, Mash EJ (2005) Introduction to the special section on developing guidelines for the Evidence-Based Assessment (EBA) of adult disorders. *Psychol Assess* 17:251–255
- Hyman S (2010) The diagnosis of mental disorders: the problem of reification. *Annu Rev Clin Psychol* 6:155–179
- Insel TR (2009) Translating scientific opportunity into public health impact. A strategic plan for research on mental illness. *Arch Gen Psychiatry* 66:128–133
- Insel TR, Cuthbert B, Garvey M et al (2010) Research Domain Criteria (RDoC): toward a new classification framework for research on mental disorders. *Am J Psychiatry* 167:748–751
- Jäger M, Strauss A, Frasch K, Becker T (2007) Konzeptuelle Grundlagen der operationalen Diagnostik in der Psychiatrie. *Fortschr Neurol Psychiatr* 75:478–483
- Jeste DV, Lieberman JA, Scully JH Jr, Kupfer DJ (2012) DSM crosses the finish line. *Psychiatr News* 47:4–23
- Kendler KS (1990) Toward a scientific psychiatric nosology. *Arch Gen Psychiatry* 47:969–973
- Kendler KS, Myers J, Halberstadt LJ (2010) Should the diagnosis of major depression be made independent of or dependent upon psychosocial context? *Psychol Med* 40:771–780
- Kupfer DJ, First MB, Regier DA (Hrsg) (2002) A research agenda for DSM-V. American Psychiatric Association Press, Arlington
- Kupfer DJ, Regier DA (2011) Neuroscience, clinical evidence, and the future of psychiatric classification in DSM-5. *Am J Psychiatry* 168:672–674
- Lavretsky H (2012) Appropriate diagnosis of mild cognitive impairment: just what is „normal“? <http://www.psychiatristimes.com/cognitive-disorders/content/article/10168/2029551>
- Leckman JF, Sholomskas D, Thompson WD et al (1982) Best estimate lifetime psychiatric diagnosis. *Arch Gen Psychiatry* 39:879–883
- Nordgaard J, Revybach R, Sæbye D, Parnas J (2012) Assessing the diagnostic validity of a structured psychiatric interview in a first-admission hospital sample. *World Psychiatry* 11:181–185
- Pierre J (2010) Mental disorder vs normality: defining the indefinable. *AAPP Bull* 17:9–11
- Phillips J, Frances AJ, Cerullo et al (2012a) The six most essential questions in psychiatric diagnosis: a pluralogue part 1: conceptual and definitional issues in psychiatric diagnosis. *Philos Ethics Humanit Med* 7:3
- Phillips J, Frances A, Cerullo et al (2012b) The six most essential questions in psychiatric diagnosis: a pluralogue part 2: issues of conservatism and pragmatism in psychiatric diagnosis. *Philos Ethics Humanit Med* 7:8
- Phillips J, Frances A, Cerullo MA et al (2012c) The six most essential questions in psychiatric diagnosis: a pluralogue part 3: issues of utility and alternative approaches in psychiatric diagnosis. *Philos Ethics Humanit Med* 7:9
- Phillips J, Frances A, Cerullo MA et al (2012d) The six most essential questions in psychiatric diagnosis: a pluralogue part 4: general conclusion. *Philos Ethics Humanit Med* 7:14
- Regier DA, Narrow WE, Kuhl EA, Kupfer DJ (2009) The conceptual development of DSM-V. *Am J Psychiatry* 166:645–650
- Rief W, Broadbent E (2007) Explaining medically unexplained symptoms – models and mechanisms. *Clin Psychol Rev* 27:821–841
- Rief W (2011) Bringt DSM-V die Lösung für Klassifikationsprobleme bei somatoformen Störungen? *ZPPP* 59:289–296
- Robins E, Guze SB (1970) Establishment of diagnostic validity in psychiatric illness: its application to schizophrenia. *Am J Psychiatry* 126:107–111
- Rumpf HJ, Kiefer F (2011) DSM-5: Die Aufhebung der Unterscheidung von Abhängigkeit und Missbrauch und die Öffnung für Verhaltenssuchte. *Sucht* 57:45–48
- Rush AJ, Weissburger JE (1994) Melancholic symptom features and DSM-IV. *Am J Psychiatry* 151:489–498
- Sanislow CA, Pine DS, Quinn KJ et al (2010) Developing constructs for psychopathology research: research domain criteria. *J Abnorm Psychol* 119:631–639
- Spitzer RL, Wilson PT (1975) Nosology and the official psychiatric nomenclature. In: Freedman AM, Kaplan HI, Sadock BJ (Hrsg) *Comprehensive textbook of psychiatry* – II. Williams & Wilkins, Baltimore, S 826–845
- Spitzer RL, Williams JB (1989) Having a dream: a research strategy for DSM-IV. *Arch Gen Psychiatry* 45:871–874
- Sprock J (1985) Classification of depression. *Compr Psychiatry* 26:404–420
- Stieglitz RD (2000) Diagnostik und Klassifikation psychischer Störungen. Hogrefe, Göttingen
- Stieglitz RD, Volz HP (2007) Komorbidität psychischer Störungen. Uni-Med, Bremen
- Stieglitz RD (2008) Diagnostik und Klassifikation in der Psychiatrie. Kohlhammer, Stuttgart
- Stolzer JM (2007) The ADHD epidemic in America. *Ethical Hum Psychol Psychiatry* 9:109–116
- Striegel-Moore RH, Franko DL (2008) Should binge eating disorder be included in the DSM-V? A critical review of the state of the evidence. *Annu Rev Clin Psychol* 4:305–324
- Szasz TS (1974) Die Fabrikation des Wahnsinns. Walter, Olten
- Ward CH, Beck AT, Mendelson M et al (1962) The psychiatric nomenclature. Reasons for diagnostic disagreement. *Arch Gen Psychiatry* 7:198–205
- Wittchen HU (1993) Diagnostik psychischer Störungen: Über die Optimierung der Reliabilität zur Verbesserung der Validität. In: Möller HJ, Berger M, Wittchen HJ (Hrsg) *Psychiatrie als empirische Wissenschaft*. Zuckschwerdt, München, S 17–39
- Zwick R (1983) Assessing the psychometric properties of psychodiagnostic systems: how do the research diagnostic criteria measure up? *J Consult Clin Psychol* 51:117–131



Kommentieren Sie diesen Beitrag auf springermedizin.de

Geben Sie hierzu den Beitragstitel in die Suche ein und nutzen Sie anschließend die Kommentarfunktion am Beitragsende.