

Zeitschrift: Bulletin der Schweizerischen Akademie der Medizinischen Wissenschaften = Bulletin de l'Académie suisse des sciences médicales = Bollettino dell' Accademia svizzera delle scienze mediche

Herausgeber: Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften

Band: 25 (1969)

Artikel: Dokumentationssystem in der psychiatrischen Klinik und ihre Bedeutung für die Forschung

Autor: Hippus, H.

DOI: <https://doi.org/10.5169/seals-307766>

Nutzungsbedingungen

Die ETH-Bibliothek ist die Anbieterin der digitalisierten Zeitschriften auf E-Periodica. Sie besitzt keine Urheberrechte an den Zeitschriften und ist nicht verantwortlich für deren Inhalte. Die Rechte liegen in der Regel bei den Herausgebern beziehungsweise den externen Rechteinhabern. Das Veröffentlichen von Bildern in Print- und Online-Publikationen sowie auf Social Media-Kanälen oder Webseiten ist nur mit vorheriger Genehmigung der Rechteinhaber erlaubt. [Mehr erfahren](#)

Conditions d'utilisation

L'ETH Library est le fournisseur des revues numérisées. Elle ne détient aucun droit d'auteur sur les revues et n'est pas responsable de leur contenu. En règle générale, les droits sont détenus par les éditeurs ou les détenteurs de droits externes. La reproduction d'images dans des publications imprimées ou en ligne ainsi que sur des canaux de médias sociaux ou des sites web n'est autorisée qu'avec l'accord préalable des détenteurs des droits. [En savoir plus](#)

Terms of use

The ETH Library is the provider of the digitised journals. It does not own any copyrights to the journals and is not responsible for their content. The rights usually lie with the publishers or the external rights holders. Publishing images in print and online publications, as well as on social media channels or websites, is only permitted with the prior consent of the rights holders. [Find out more](#)

Download PDF: 30.01.2026

ETH-Bibliothek Zürich, E-Periodica, <https://www.e-periodica.ch>

Aus der Psychiatrischen und Neurologischen Klinik der Freien Universität Berlin
Psychiatrische Klinik II – Direktor: Prof. H. Hippus

Dokumentationssystem in der psychiatrischen Klinik und ihre Bedeutung für die Forschung

H. HIPPIUS

Einem Bericht über die Bedeutung moderner Dokumentationsverfahren für die Praxis und die Forschung in der Psychiatrie möchte ich einige kurze Anmerkungen vorausschicken, die gewissermaßen die «Vorgeschichte» dieses Berichtes beleuchten sollen.

Vor mehr als zehn Jahren schlossen sich in Deutschland fünf psychiatrische Universitätskliniken zu einer Arbeitsgemeinschaft zusammen. Das sehr eng umgrenzte Ziel dieser Zusammenarbeit war es, klinisch anwendbare und zuverlässige Methoden zur Charakterisierung von Psychopharmaka zu entwickeln (BENTE u. Mitarb. [3]). Der Grund für diese nur zweckorientierte Zusammenarbeit war die Unzufriedenheit mit den vor etwa zehn Jahren in der klinischen Psychopharmakologie zur Verfügung stehenden Untersuchungsmethoden. Diese kleine deutsche Arbeitsgemeinschaft bekam dann sehr bald Kontakte zu einer Gruppe Schweizer Fachkollegen, die sich aus ähnlichen Erwägungen ebenfalls zu einer Zusammenarbeit entschlossen hatten. Angeregt durch Herrn KIELHOLZ und durch den regen Kontakt mit einigen bei der Schweizer pharmazeutischen Industrie tätigen Wissenschaftlern besteht seit nunmehr vier Jahren eine fruchtbare Zusammenarbeit zwischen den fünf psychiatrischen Universitätskliniken der Schweiz, der Wiener Klinik und fünf deutschen psychiatrischen Kliniken, die vor allem auf die Initiative der Herren ANGST, BATTEGAY, BENTE, BERNER, CORNU, DICK, ENGELMEIER, HEIMANN, HEINRICH, HELMCHEN, PÖLDINGER und SCHMITT basiert.

Alle Gesichtspunkte, die in meinem Bericht erwähnt werden, gründen sich auf die Mitarbeit in dieser Arbeitsgemeinschaft, die sich bewußt und nachdrücklich als «Arbeitsgemeinschaft für Methodik und Dokumentation in der Psychiatrie» (AMP) bezeichnet. Das Hervorheben und die Betonung der Dokumentation geschah absichtlich, weil die Bedeutung dieses methodischen Schrittes für die Entwicklung der Psychiatrie allzuoft vernachlässigt oder sogar völlig übersehen wird. Bei vielen Bemühungen um die Modernisierung der Forschungsmethoden in der Psychiatrie wird deswegen

oft der zweite Schritt vor dem ersten getan. So wird z. B. in der klinischen Psychopharmakologie immer sofort die Forderung nach «kontrollierten Studien», nach dem Doppelblindversuch erhoben. So berechtigt dies für viele Fragestellungen auch ist – es darf nicht übersehen werden, daß auch die ausgeklügeltste Versuchsanordnung unter Doppelblindbedingungen und unter Berücksichtigung aller nur erdenklichen Kontrollgruppen schließlich doch nur zu unbrauchbaren Ergebnissen führen kann, wenn die Auswahl, die Definition, die Erfassung und die *Dokumentation* der Beobachtungsdaten zuvor nicht genau umrissen und auf die Fragestellung der speziellen Untersuchung zugeschnitten worden ist. Was nützt die noch so ingeniöse und aufwendige Datenverarbeitung in Computern, wenn die eingegebenen Untersuchungsbefunde untauglich sind. Das rasche Voranschreiten in der Entwicklung neuer Methoden der Daten-*Verarbeitung*, die sprunghaften Entwicklungen auf dem Gebiet der Computertechnik und der statistischen Methoden zwingt die klinische Psychiatrie dazu, Methoden der Daten-*Erfassung* und der Dokumentation zu erarbeiten, die dem Entwicklungsstand der übrigen Gebiete entsprechen. Weil diese Verfahren zur problemadäquaten Erfassung und Dokumentation klinisch-psychiatrischer Phänomene noch sehr rückständig sind, hat sich unsere Arbeitsgemeinschaft besonders um die Fortentwicklung der *Dokumentationsmethoden* bemüht.

Diese Forderung nach geeigneten Dokumentationsmethoden als unabdingbar notwendige Voraussetzung jeder weiterführenden Untersuchung – bediene sie sich nun statistischer Methoden oder nicht – ist keineswegs neu. Fast auf den Tag genau vor 50 Jahren, am 4. Juli 1919, wurde der Redaktion der «Zeitschrift für die gesamte Neurologie und Psychiatrie» ein Manuskript mit dem Titel «Die Erforschung psychischer Krankheitsformen» eingereicht. Diese Arbeit enthält im Grunde bereits alle Richtlinien, die heute unter den Gesichtspunkten moderner Datenerfassung und Datenverarbeitung gültig sind. Dort kann man folgende Formulierung lesen:

«In welcher Richtung aber auch immer sich unsere Untersuchungen bewegen, so wird die Voraussetzung für jeden Fortschritt unserer Erkenntnis die Sammlung möglichst zahlreicher, sorgsam beobachteter Krankheitsfälle bilden. Die meisten Fragen lassen sich nur an der Hand einer sehr großen Zahl von Erfahrungen beantworten, wie sie der *einzelne* nur ausnahmsweise und in langen Zeiträumen zusammenzubringen vermag. Es erscheint daher äusserst wünschenswert, dass in jeder wissenschaftlichen Arbeitsstätte der gesamte klinische Beobachtungsstoff in verwertbarer Form aufgespeichert wird. Das hat vor allem den Vorteil, daß keine willkürliche Auswahl getroffen wird, die in der Regel vieles Wichtige vernachlässigen würde... Aus diesen Erwägungen ergibt sich die alles beherrschende Wichtigkeit der Ansammlung von guten Krankengeschichten, die ein möglichst getreues Bild der beobachteten Vorgänge liefern müssen, wenn sie für die Zwecke der klinischen Forschung verwertbar sein sollen. Dabei kommt es weniger auf den Umfang und die Ausführlichkeit, als auf die strenge Sachlichkeit der Berichterstattung an.»

Der Autor hat sich keineswegs auf diese allgemeinen, heute unverändert aktuellen Richtlinien beschränkt. Er hat außerdem sehr genaue Anweisungen zum Aufbau einer sachgerechten Dokumentation gegeben. Er hat damals schon die Vor- und Nachteile vorgedruckter Fragebogen, die vor grö-

beren Unterlassungen bei der Befunderhebung schützen können, erörtert. Er schildert sehr ausführlich, wie man mit Zählkarten von jedem einzelnen Patienten eine nach einheitlichen Gesichtspunkten orientierte Dokumentation aufbauen kann. Diese Zählkarten wurden dann in Arbeits-, Hilfs- und Forschungskarten umgesetzt, deren Gruppierung, Vergleich und Auswertung zum Ausgangspunkt wissenschaftlicher Arbeit wurde. Es ist bedauerlich und verwunderlich, daß diese methodischen Anregungen in den vergangenen 50 Jahren viel zu wenig Resonanz gefunden haben. Verwunderlich ist es vor allem auch deswegen, weil die Ergebnisse aus Untersuchungen mit diesem methodischen Ansatz noch heute nachhaltigen Einfluß auf weite Bereiche der Psychiatrie besitzen. Der Autor der zitierten Arbeit war nämlich kein der Zeit vorausseilender Außenseiter – es war EMIL KRAEPELIN [8].

Wie modern die methodische Orientierung KRAEPELINS war, geht vielleicht auch daraus hervor, daß er schon damals für die von ihm entwickelte Dokumentation genügend spezielle Hilfskräfte und die Ausrüstung mit modernen, die Dokumentationsarbeit und -verwertung erleichternden Maschinen – zu seiner Zeit waren das noch Schreibmaschinen! – expressis verbis gefordert und offensichtlich auch erreicht hat. So muß sich heute mancher klinische Psychiater, der den methodischen Ansatz von KRAEPELIN bejaht und unter Berücksichtigung der abgelaufenen Entwicklung auf dem Gebiet der Dokumentationstechnik und Datenverarbeitung zeitgerecht realisieren will, neidvoll an diese Arbeit von KRAEPELIN erinnern, wenn er langwierige und leider oft ergebnislose Verhandlungen um Dokumentationsassistenten und Rechenautomaten führt!

Geht man den Gründen nach, warum die Realisierung moderner Dokumentation und Datenverarbeitung in der Psychiatrie auf Widerstände stößt, so sind es nicht nur finanzielle Gründe. Ein wesentlicher Zweck einer Dokumentation für die psychiatrische Forschung ist das Auffinden überindividueller Regelmäßigkeiten. Dieses Ziel kann nur erreicht werden, wenn durch Schematisierung, Konventionierung und Standardisierung Voraussetzungen dafür geschaffen werden, daß Befunde mit bereits vorliegenden Befunden verglichen werden können.

Hier setzen nun Kritik, Vorbehalte und womöglich sogar Ablehnung ein. Der Gegenstand der psychiatrischen Forschung sind psychopathologische Phänomene. Eines der Hauptargumente der Kritiker moderner Dokumentationsverfahren geht nun davon aus, daß psychopathologische Phänomene nicht in Zahlen transponierbar seien. Deswegen müsse die Statistik vor der Psychiatrie Halt machen. Alles andere bedeute eine der gesamten psychiatrischen Forschung inadäquate Simplifizierung und Mathematisierung. Diese Kassandrarufer gipfeln in einer Warnung vor der Gefahr, daß die Psychiatrie, die sich gerade aus den Fesseln einer zu engen Bindung an eine lediglich naturwissenschaftlich, einseitig somatisch orientierte Medizin zu lösen beginne, einen selbstzerstörerischen Weg einschlage. Ja, es bestehe die Gefahr, daß die Psychiatrie, die doch nun endlich durch psychodynamische und psychosomatische Gesichtspunkte zu einer Überwindung

des zu engstirnigen naturwissenschaftlichen Denkens in der Medizin beizutragen beginne, dieser Verpflichtung gegenüber der Gesamtmedizin untreu werde.

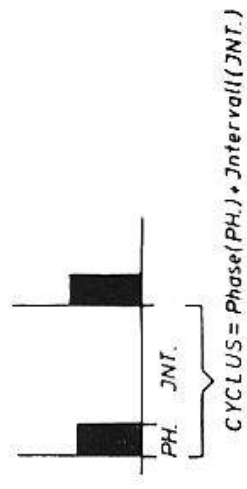
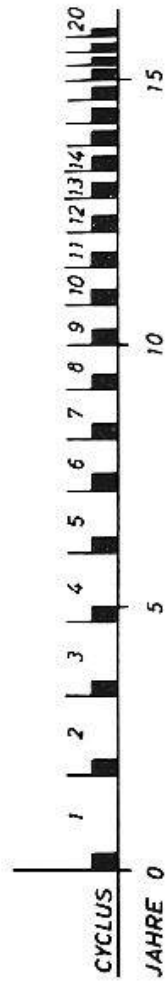
Diese Befürchtungen sind sicher falsch. Unsere Nachbardisziplin, die Psychologie, hat gezeigt, daß sie ihren entscheidenden Aufschwung gerade in Verbindung mit Bemühungen um quantifizierende Methoden und um die Biostatistik genommen hat. Warum sollten der Psychiatrie nicht ähnliche Impulse wie der Psychologie zufließen, wenn sie sich mit formalisierenden und numerischen Methoden um die weitere Erforschung qualitativer, nicht von vornherein quantifizierbarer Phänomene bemüht?

Klammert man das für manche Psychiater immer noch heikle Problem der Quantifizierung psychopathologischer Befunde bei Bemühungen um systematische Dokumentation und Datenverarbeitung erst einmal aus, so werden am wenigsten Einwände erhoben, wenn es um die Registrierung von Ereignishäufigkeiten geht. Ein Sonderfall ist in diesem Zusammenhang die Dokumentation von Ereignismanifestationen in der Zeit. Hier – auf dem Gebiet der Verlaufsforschung – wird die Legitimität moderner Dokumentations- und Rechenverfahren von der traditionellen psychiatrischen Forschung am ehesten noch anerkannt.

Zu welchen wichtigen Ergebnissen das führen kann, sei am Beispiel einer Untersuchung von ANGST u. Mitarb. [2] demonstriert. Solange die psychiatrische Klassifikation – wie HEIMANN es formuliert hat – auf dem idealtypischen Prinzip basierte, galten engste Beziehungen zwischen den depressiven Erkrankungen im Rahmen zirkulärer Psychosen und rezidivierenden endogenen Psychosen als absolut gesichert. HEIMANN betont zu Recht, daß idealtypische Einteilungen aber streng genommen nur Ansätze zu Hypothesen bieten, die an einer großen Zahl von Patienten überprüft werden müssen. ANGST hat dies unter Beachtung der bei jeder Krankheitsmanifestation aufgetretenen Symptomatik für die depressiven Psychosen getan [2]. Dabei ergab sich, daß die phasischen endogenen Depressionen durch ihren Verlaufstyp ganz eindeutig von den bipolaren manisch-depressiven Psychosen zu unterscheiden sind. Die phasischen endogenen Psychosen gehören sehr viel enger mit den Involutionmelancholien zusammen. Die bipolaren manisch-depressiven Psychosen hingegen haben einen Verlaufstyp, den man auch bei schubartig verlaufenden katatonen und paranoiden Schizophrenien und bei Mischpsychosen findet (Abb. 1). Die Zyklusdauer nimmt im übrigen unabhängig von der nosologischen Diagnose in berechenbarer Weise signifikant ab. Die Zyklusdauer hängt vom Erstkrankungsalter, vom Alter und von der Zykluszahl, nicht aber vom Geschlecht ab.

Ein derartiges Beispiel aus der Verlaufsforschung ist einleuchtend und macht verständlich, warum gegen die mathematische Behandlung von Verlaufsproblemen im allgemeinen keine Einwände erhoben werden: Die Zeitachse ist das Bezugssystem der Untersuchung und sie ist von sich aus numerischen Analysen zugänglich.

**BIPOLARE MANISCH-DEPRESSIVE PSYCHOSEN
KATATONE UND PARANOIDE SCHIZOPHRENEN, MISCHPSYCHOSEN**



ENDOGENE DEPRESSIONEN

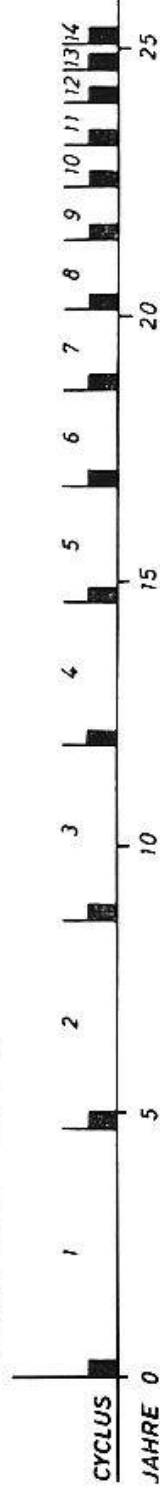


Abb. 1. Aus Angst u. Mitarb. [2]. (Erklärung im Text)

Bei dieser Betrachtungsweise wird aber vernachlässigt, daß Verlaufsforschung ja nicht nur die Frage stellt *wann* etwas passiert, sondern immer zugleich auch fragen muß, *was* in einem bestimmten Zeitpunkt geschieht. Wird diese Frage gestellt, so hat man damit schon einen weiteren Schritt getan und befaßt sich bereits mit Häufigkeitsermittlungen. Eine Dokumentation von Sachverhalten sowohl aus der «erklärenden» als auch aus der «verstehenden» Psychiatrie würde unter den Gesichtspunkten der Verlauf- und der Häufigkeitsanalysen wohl von allen Psychiatern als legitim angesehen werden. Eine Gefährdung der Psychiatrie durch Mathematisierung braucht hier noch nicht befürchtet zu werden.

Stellt man die Frage, welche Klassifikationen in der klinisch-psychiatrischen Forschung im allgemeinen als Bezugssystem für alle dokumentierten Befunde und Daten dienen, so muß man sich eingestehen, daß hierzu fast immer nur eine mehr oder minder weit verbreitete nosologische Diagnosen-Klassifikation dient. Diese in der Psychiatrie übliche primäre Klassifizierung nach nosologischen Diagnosen ist aber nun das genaue Gegenteil zu dem Weg, der in der gestrigen Sitzung aus der Sicht des Psychologen von Herrn COHEN als die Basis für die Entwicklung objektiver Klassifikationsmöglichkeiten aufgezeigt worden ist. Wenn die psychiatrische Forschung aus der Sackgasse der heute gebräuchlichen nosologischen Diagnosen-Klassifikation herauskommen will, dann muß sie den von Herrn COHEN geschilderten Weg beschreiten. Ausgehend von Gruppierungen nach Symptomen können Klassifikationssysteme immer höherer Integrations- und Komplexitätsstufen aufgebaut werden. So gelangt man schließlich zu empirisch fundierten Syndromen und Diagnosen. Dabei ist es noch gar nicht sicher, daß die zu diesem Zweck durchgeführten Untersuchungen an unausgelesenen Krankenmaterialien zu völlig neuen diagnostischen Gruppierungen führen müßten. Es ist durchaus möglich, daß solche Untersuchungen zu einer empirischen Verifizierung gebräuchlicher Diagnose führen. Solange entsprechende Untersuchungen jedoch nicht durchgeführt worden sind, sind die herkömmlichen, oft lediglich auf der vielgerühmten Intuition basierenden nosologischen Diagnosen als Bezugssystem für die Befunde psychiatrischer Forschung von sehr zweifelhaftem Wert. Wie fragwürdig dieses Bezugssystem ist, zeigt ein Beispiel, daß der viel zu früh verstorbene Klaus CONRAD [5] 1959 in einer ironischen Kritik an der Brauchbarkeit «nosologischer Einheiten» in der Psychiatrie angeführt hat¹:

«Der Fall eines Beziehungswahns bei Verstimmung nach einer Entlobung bei einer Frau mit einer Struma würde vielleicht ... in Göttingen als beginnender schizophrener Schub diagnostiziert, während er in Tübingen mehrdimensional als sensitiver Beziehungswahn bei schizoider Konstitution und Basedowoid aufgefaßt würde, in Heidel-

¹ Diese kasuistische Anekdote von CONRAD stammt aus der Zeit, als er selbst die Göttinger Klinik leitete. Die anderen erwähnten Kliniken standen damals unter der Leitung von KRETSCHMER (Tübingen), K. SCHNEIDER (Heidelberg), LEONHARD (Berlin-Ost), BLEULER (Zürich), WEITBRECHT (Bonn), BÜRGER-PRINZ (Hamburg) und ZUTT (Frankfurt).

berg vielleicht als Untergrunddepression, in Berlin-Ost als «affektvolle Paraphrenie» im Sinne einer scharf definierbaren heredodegenerativen Einheit, in Zürich als endokrine Psychose bei Schilddrüsenerkrankung, in Bonn als paranoid gefärbte endoreaktive Dysthymie, in Hamburg als cyclothyme Depression mit paranoiden Wahneinlagen und in Frankfurt als Folge einer gestörten Daseinsordnung, also als eine Form des Scheiterns auf dem Lebensweg.»

Nicht weniger sarkastisch ist die oft zitierte Bemerkung zur Situation der nosologischen Diagnostik, daß eine in verschiedenen Töpfchen befindliche Brühe nicht dadurch klarer wird, daß man sie ständig in neue Töpfchen gießt.

Es ist COHEN beizupflichten, wenn er hervorhebt, daß die Brauchbarkeit eines diagnostischen Klassifikationssystems nicht an seiner «Richtigkeit» bemessen werden kann. Ein diagnostisches Klassifikationssystem ist dann brauchbar, wenn es allgemeinverbindlich ist, von allen Benutzern in gleicher Weise – d.h. unter Zuhilfenahme eines Begriffskommentars – benutzt wird und zum Zweck der fortlaufenden empirischen Überprüfung mit Dokumentationen in der Syndrom-Ebene und in der Merkmals-Ebene verknüpft wird. Nach COHEN bedient man sich eines diagnostischen Klassifikationssystems im Rahmen einer umfassenden Dokumentation: 1. um die Kommunikation über Patienten zu ermöglichen; 2. um im Rahmen der Ursachenforschung zu sinnvollen Gruppierungen zu kommen; 3. um die Zuweisung des einzelnen Patienten zur optimalen Therapie zu ermöglichen.

Werden nun neben Diagnosen und Syndromen auch Symptome, Merkmale, Prädiktoren registriert und dann durch Aneinanderreihung verschiedener Querschnittsbefunde in Form eines Verlaufs dokumentiert, so ist das anfallende Datenmaterial so komplex und umfangreich, daß es auch ingenösester Intuition nicht mehr möglich sein wird, alle hierin verborgenen Informationen zu erfassen. Man muß sich zwangsläufig mathematischer Methoden bedienen, um einerseits Zusammenhänge aufzuhellen und um andererseits das Datenmaterial zu reduzieren.

Hierzu sei ein Beispiel aus einer Untersuchung von HEIMANN [7] geschildert. Mit seinen Mitarbeitern untersuchte er 106 unausgelesene depressive Kranke und dokumentierte bei ihnen vor und im Verlauf einer antidepressiven Therapie: 1. die nosologische Diagnose, 2. die Syndromdiagnose und 3. das Vorhandensein oder Fehlen von 28 Symptomen. 15 dieser Symptome kamen häufiger als 10mal vor. Diese 15 Symptome wurden in eine statistische Analyse der Symptomverkoppelungen und -ausschliessungen einbezogen (Abb. 2). Zur Charakterisierung des Grades der Anziehung bzw. Ausschliessung wurden aus Vierfeldertafeln verschiedene Koeffizienten (so z. B. unter andern interspezifischer Assoziationskoeffizient von COLE) errechnet. Nach einer medikamentösen Therapie ergab sich der interessante Befund, daß für die 39 ungebesserten Fälle stärkere Symptomverkoppelungen nachweisbar waren, als sich für das Gesamtkollektiv vor Behandlungsbeginn nachweisen ließen (Abb. 3).

Solche bemerkenswerten Zusammenhänge sind durch klinische Erfahrung nicht mehr erfaßbar. Nur statistische Auswertung systematisch dokumentierter Befunde läßt solche Zusammenhänge erkennen.

Wenn viele Psychiater einer Befunddokumentation und den aus ihr erwachsenden Auswertungen bis zu diesem Punkt noch zustimmen können, so regt sich Widerspruch vor allem dann, wenn im Rahmen der Dokumenta-

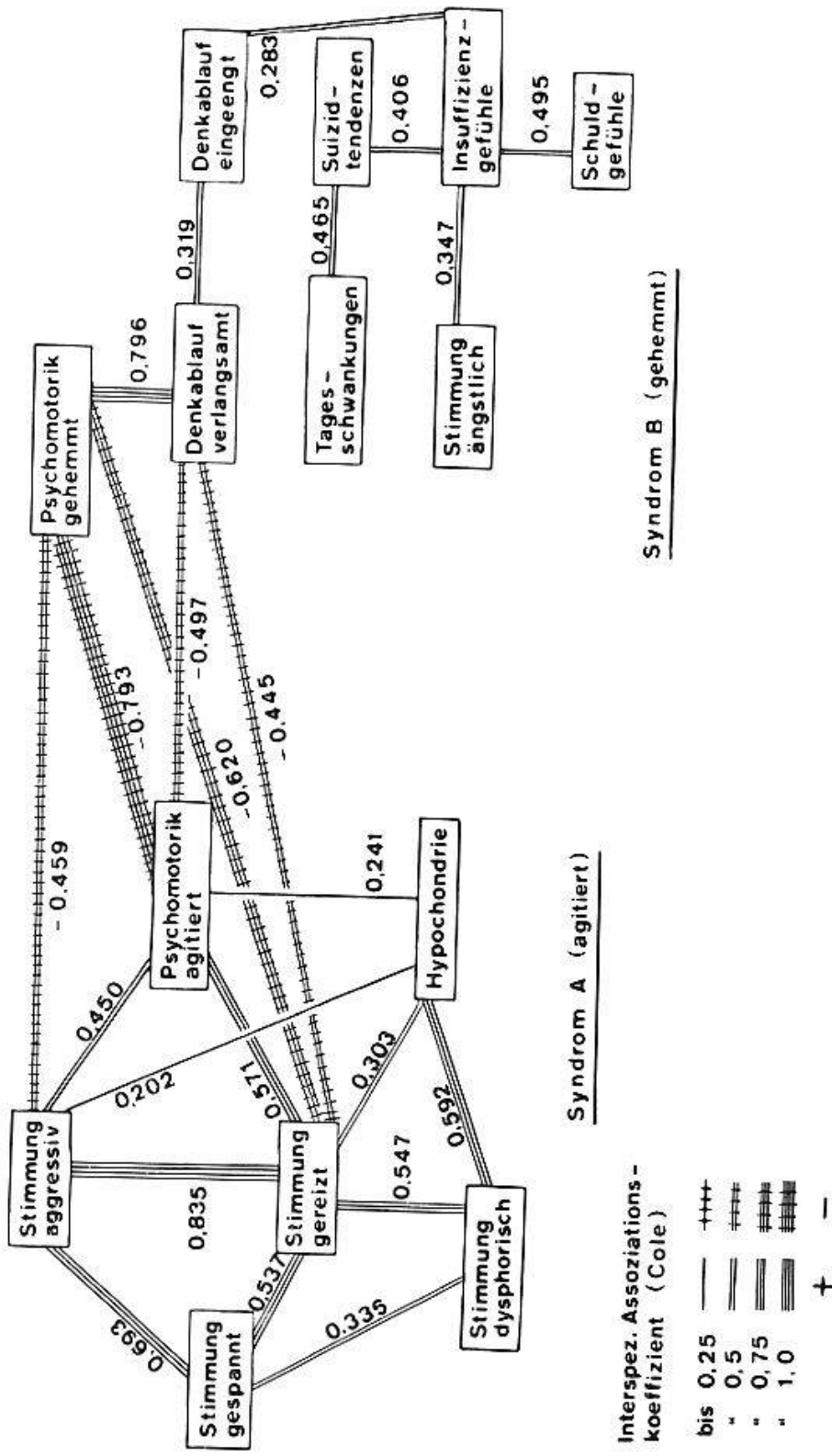


Abb. 2. Aus HEIMANN [7]. (Erklärung im Text)

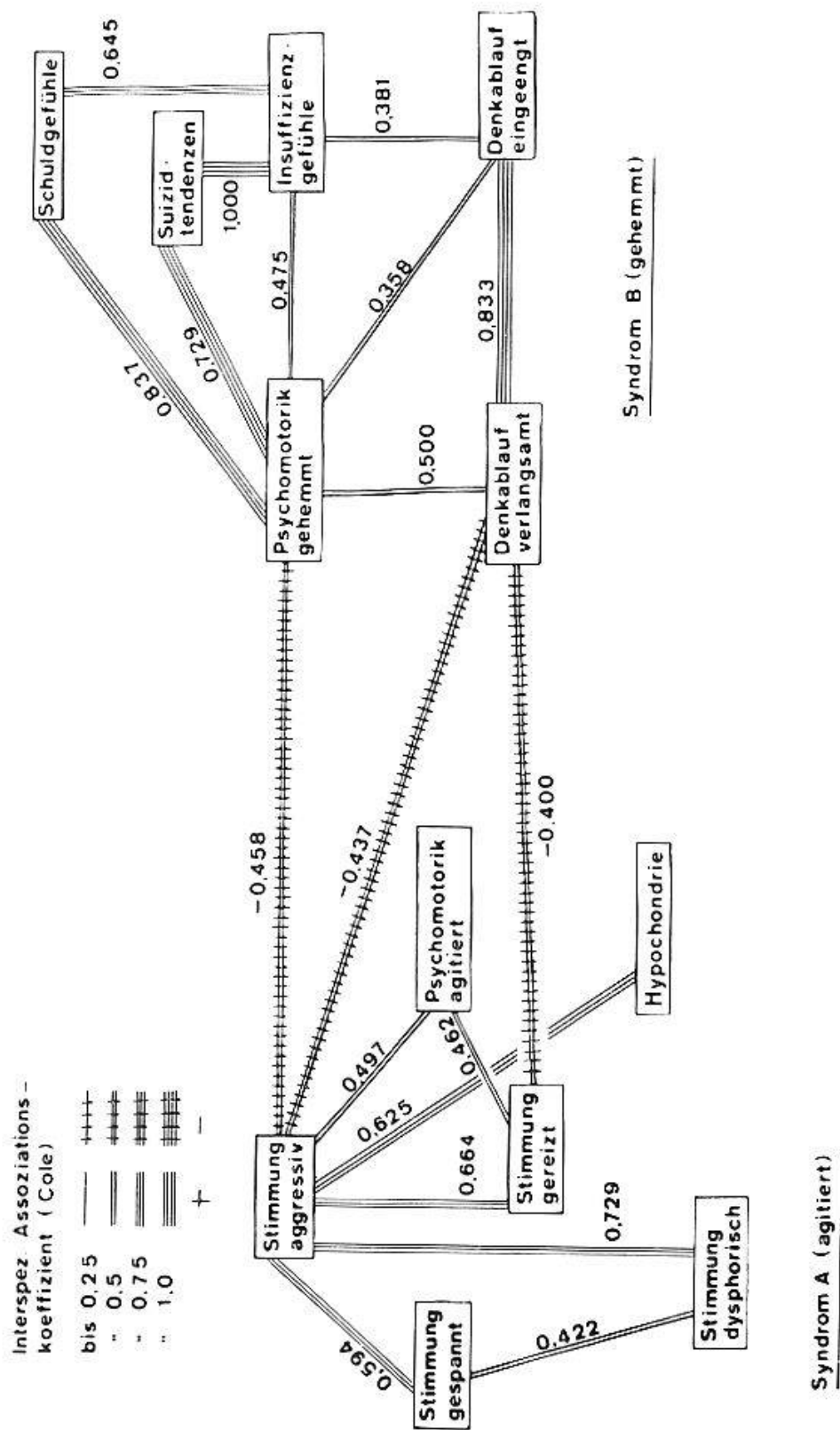


Abb. 3. Aus HEIMANN [7]. (Erklärung im Text)

tion eine Quantifizierung psychopathologischer Phänomene angestrebt wird. Die ersten Versuche in dieser Richtung sind nun nicht von Psychiatern, sondern von Psychologen gemacht worden. Diese Psychologen fühlten sich zu diesem Vorgehen vor allem deswegen berechtigt, weil ihnen der Umgang mit quantifizierenden Schätzmethoden zur Charakterisierung psychologischer Phänomene inzwischen längst geläufig war. Da war es nun naheliegend, diesen methodischen Ansatz auch auf psychopathologische Phänomene zu übertragen. Hier stießen die Psychologen aber bald auf erbitterte, allerdings meist nur theoretisch begründete Kritik der Psychiater. Anstatt sich empirischen Überprüfungen zu widmen und sich möglichst auch an der Konstruktion problemadäquater Untersuchungsinstrumente zu beteiligen, beschränkte man sich – zumindest innerhalb der deutschsprachigen Psychiatrie – fast nur auf die Bekundung der Ablehnung solcher Bemühungen. So darf es nicht verwundern, daß die gängigsten Untersuchungsinstrumente – die sogenannten «Rating Scales» – fast alle von Psychologen konstruiert worden sind. Der Entwicklung wäre die frühzeitige Beteiligung von Psychiatern dienlicher gewesen. Die nur ungenügende Mitarbeit der Psychiater an diesen Problemen hatte – wie Herr COHEN gestern schon feststellte – zur Folge, daß in den von Psychologen entwickelten Untersuchungsinstrumenten Verlaufsmerkmale und anamnestiche Daten lange Zeit kaum berücksichtigt wurden. So zögernd die Psychiater der den Psychologen längst geläufigen Formalisierung und Konventionierung psychischer Phänomene gegenüberstehen – auf die unbedingt notwendige Berücksichtigung gerade der Gesichtspunkte des Verlaufs und der Vorgeschichte hätten die Psychiater die Psychologen bei einer besseren Zusammenarbeit ohne Frage schon sehr früh aufmerksam machen können.

Doch nun einige Einzelheiten über klinisch gebräuchliche Dokumentationssysteme. LIENERT und VON KEREKJARTO [9] haben einen Überblick über die insgesamt noch recht kurze Historie dieser Untersuchungsinstrumente gegeben².

Als Ausgangspunkt der gesamten Entwicklung sehen sie einen Fragebogen an, den WOODWORTH zusammen mit POFFENBERGER während des ersten Weltkrieges auf Veranlassung des Generals PERSHING konstruiert hat. Anlaß zur Entwicklung dieses Fragebogens war die zunehmende Häufigkeit psychischer Auffälligkeiten bei Soldaten gewesen. Der 116 Fragen umfassende Fragebogen war als «Screening-Test» zur Erfassung psychisch Auffälliger gedacht. Wurde eine bestimmte Grenzzahl der auffälligen Antworten überschritten, so wurde der Betreffende einer psychiatrischen Untersuchung zugeführt.

Ein wichtiger methodischer Fortschritt geht dann auf BERNREUTER (1934) zurück. Er entwickelte die erste mehrdimensionale Skala (Dimensionen: Neuroseanfälligkeit, Introversion, Dominanz) und standardisierte dieses Instrument durch Untersuchung einer Bezugspopulation. Für jeden Untersuchten wurden die drei Dimensionen in einem Fragebogenprofil graphisch dargestellt, so daß direkt ablesbar war, ob die untersuchte Person über oder unter dem Durchschnittswert in der Bezugspopulation lag.

² Übersicht über die erwähnten und weitere Beurteilungsskalen und Merkmalslisten s. bei GEBHARDT u. Mitarb. [6] sowie bei LIENERT und v. KEREKJARTO [9].

Vergleichen Sie den Patienten mit einer normalen Person und beurteilen Sie, in welchem Ausmaß

1. ist seine Sprache (Sprechweise) verlangsamt, nachdenklich mühsam?
2. gibt er unzutreffende Antworten oder Antworten, die in keinem direkt verständlichen Zusammenhang zu der gestellten Frage oder zum diskutierten Thema stehen?

Hinweise:

Äußerungen, bei denen der Patient vom Thema abschweift, sollen hier ebenso wenig erfaßt werden wie Weitschweifigkeit im Gespräch (s. Frage 4); auch der gedankliche Zusammenhang der Antworten, die Kohärenz, soll hier nicht erfaßt werden.

3. gibt er Antworten, die grammatisch unzusammenhängend, inkohärent oder zerfahren, d. h. nicht sinnvoll oder verständlich sind?

Hinweise:

Beurteilen Sie den grammatischen Aufbau seiner Antworten, nicht den Inhalt, der bizarr oder nicht bizarr sein mag.

4. neigt er dazu, vom Thema abzuschweifen oder abzuwandern, wenn er die Fragen beantwortet?

Hinweise:

Verwerten Sie hier nicht die Antworten, die zweifellos in *keinem* Zusammenhang zur gestellten Frage stehen! (siehe Frage oben).

5. spricht er von Gefühlen der Feindseligkeit, Mißgunst oder Abneigung gegenüber anderen?

Hinweise:

Macht feindselige Äußerungen über andere, z. B. über das Pflegepersonal, die Mitpatienten, seine Familie oder über Autoritätspersonen; berichtet von Streitigkeiten auf der Station!

Abb. 4. Ausschnitt aus einer deutschen Übersetzung der IMPS. – Aus GEBHARDT u. Mitarb. [6].

Die weitere Entwicklung führte zu so bekannten Fragebogen wie dem Minnesota Multiphasic Inventory (MMPI) von McKINLEY und HATHAWAY. In den USA hat seit 1950 in der Psychiatrie dann vor allem das Untersuchungsinstrument von WITTENBORN (Wittenborn Psychiatric Rating Scales) Verbreitung gefunden. Dabei handelt es sich um einen auf faktorenanalytischer Grundlage erstellten mehrdimensionalen Fragebogen. Die Skalen wurden aposteriorisch unabhängig von der tradierten psychiatrischen Nosologie entwickelt. Die Fragen des Untersuchungsinstruments sind nicht mehr wie bei den bislang üblichen Verfahren an den Patienten, sondern an den Untersucher gerichtet. Und schließlich ist WITTENBORN zur Skalierung der Symptome übergegangen.

Ähnlich wie das WITTENBORN-Instrument ist die Skala von LORR aufgebaut, die methodisch noch gründlicher durchkonstruiert und inzwischen auch in größerem Umfang angewandt worden ist (Inpatient Multidimensional Psychiatric Scale, IMPS – Ausschnitt aus einer deutschen Übersetzung: s. Abb. 4). Wie WITTENBORN verfolgt LORR das Ziel, möglichst viele psychopathologische Auffälligkeiten nach Art und Intensität zu beschreiben. Das Untersuchungsinstrument besteht aus 75 bzw. 90 kurzen Fragen, die nach einer ungefähr 45 Minuten dauernden Exploration des Patienten an den Untersucher und einen zusätzlichen Beobachter gestellt werden. Die Antworten

11. *Mißtrauen, paranoide Inhalte*: Überzeugung (wahnhaft oder nicht), daß andere jetzt oder früher böswillige oder diskriminierende Absichten gegenüber dem Pat. haben oder hatten. Bewerte nur solche Verdächtigungen, die vom Pat. als z. Zt. bestehend angegeben werden, gleichgültig, ob sie derzeitige oder frühere Ereignisse betreffen.
12. *Halluzinationen*: Wahrnehmungen ohne entsprechende normale äußere Reize. Bewerte nur solche Erlebnisse, die in der letzten Woche aufgetreten sind und die sich deutlich vom Denken und der Vorstellung Normaler abheben.
13. *Antriebsminderung*: Schlaffe Haltung, Verlangsamung von Bewegung und Sprache. Bewegungsarmut. Bewerte nur das beobachtete Verhalten und nicht das subjektive Erleben des Pat.

Abb. 5. Ausschnitt aus einer deutschen Übersetzung der BPRS. – Aus GEBHARDT u. Mitarb. [6].

auf diese Fragen sind für eine Gruppe von Merkmalen nach einer 9-Punkt-Skala abzustufen; für andere Fragen hat die Skalierung nur 5 Stufen; verschiedene Fragen können schließlich nur alternativ beantwortet werden.

Da diese umfangreichen Untersuchungsinstrumente für breit angelegte klinische Untersuchungen oft zu aufwendig sind, haben sich in jüngerer Zeit vor allem Kurzverfahren wie die Brief Psychiatric Rating Scale (BPRS) von OVERALL und Mitarbeitern durchgesetzt (Ausschnitt aus einer deutschen Übersetzung: s. Abb. 5). Dieses Instrument soll nach einer 20minütigen strukturierten Exploration durch einen Psychiater oder Psychologen den psychopathologischen Querschnittsbefund in 16 voneinander relativ unabhängigen Symptomenkomplexen erfassen.

Alle diese «Rating Scales» erlauben eine graphische oder zahlenmäßige Profildarstellung der psychopathologischen Querschnittssymptomatik, die zusätzlich auch noch durch die Ermittlung von Gesamt-Scores charakterisiert werden kann. Dadurch ist prinzipiell die Möglichkeit gegeben, diese Untersuchungsinstrumente auch im Rahmen von Verlaufsuntersuchungen zur Objektivierung von Befundänderungen zu benutzen.

Das Untersuchungsinstrument der «Arbeitsgemeinschaft für Methodik und Dokumentation in der Psychiatrie», das AMP-System, ist von vornherein ebenfalls so aufgebaut worden, daß Befundänderungen im Verlauf erfaßt werden können [1].

Im Unterschied zu den «Rating Scales» werden durch dieses Dokumentationssystem aber auch anamnestische Daten erfaßt. So umfaßt das AMP-System Merkmale der allgemeinen Anamnese, der Krankheits- und speziellen Anamnese, des psychopathologischen Befundes, des somatischen (vegetativen und neurologischen) Befundes, der Therapie und der Labor-Befunde (Beispiele für zwei Dokumentationsbelege: s. Abb. 6 und 7).

Dieses System zielt also auf die praktikable und standardisierte Dokumentation der wesentlichen Daten einer psychiatrischen Krankengeschichte ab.

Diese wenigen Hinweise sollten zeigen, daß der psychiatrischen Forschung inzwischen eine größere Zahl klinisch brauchbarer Dokumentationsverfahren

zur Verfügung stehen. Jetzt gilt es, solchen Methoden auch in der deutschsprachigen Psychiatrie zur breiten Anwendung zu verhelfen. Alle Befunde der psychiatrischen Forschung können in der Zukunft eine völlig andere Aussagekraft bekommen, wenn sie nicht mehr auf tradierte nosologische Diagnosen, sondern auf die differenzierenden, aber gleichzeitig auch standardisierten Befunde mit solchen Dokumentationssystemen bezogen werden. Die moderne Dokumentationstechnik (wie z. B. das beim AMP-System angewandte Markierungsleser-Verfahren) und die modernen multivariaten Verfahren der Biostatistik sind die Voraussetzung für ein derartiges methodisches Vorgehen. Dadurch kommt die psychiatrische Forschung für alle nur denkbaren Befundbereiche zu einem Bezugssystem, das nicht mehr dem Hypothesenballast und den Unschärfen der bisher üblichen nosologischen Diagnosen belastet ist. Die systematische Anwendung von Dokumentationssystemen, die im wesentlichen von Deskriptionen in der Merkmalsebene ausgehen, erlaubt dann sogar wieder die operationale Definition von Merkmalszusammenhängen, die als moderne diagnostische Kurzformeln an die Stelle der bisher gebräuchlichen nosologischen diagnostischen Begriffe treten könnten. Dabei ist es durchaus möglich, daß dieses Vorgehen zur Verifizierung von Teilen der jetzt üblichen diagnostischen Klassifikationssysteme führt.

KRAEPELIN [8] hat dieses methodische Vorgehen bereits postuliert. Zu seiner Zeit standen jedoch weder die für die Bearbeitung so komplexer Merkmalszusammenhänge erforderlichen statistischen Verfahren noch die entsprechenden technischen Voraussetzungen für die Datenverarbeitung (Computer) zur Verfügung. Heute kann sich die psychiatrische Forschung dieser Hilfsmittel bedienen. Zu neuen Erkenntnissen wird dies jedoch nur dann führen, wenn dem Schritt der Daten-*Verarbeitung* noch intensive Bemühungen um problemadäquate Daten-*Erfassung* vorausgehen. So gesehen, können Dokumentationssysteme, die Ausgangspunkt jeder Daten-Erfassung sein müssen, die psychiatrische Forschung entscheidend beeinflussen. So wie sich ein Dokumentationssystem bewährt, kann es – unabhängig von seiner Bedeutung für die Forschung – auch ein Instrument der Ausbildung in der Psychiatrie werden. In jedem Fall kann die vorurteilsfreie Anwendung von guten Dokumentationssystemen einen wichtigen Beitrag leisten auf dem Wege zur Überwindung des – wie EUGEN BLEULER es so prägnant bezeichnet hat – «autistisch undisziplinierten Denkens» in der Psychiatrie.

Zusammenfassung

In der deutschsprachigen Psychiatrie besteht auch heute noch ein weitverbreitetes Mißtrauen gegen mathematisch-statistische Methoden. Diese Einstellung in vielen Bereichen der Psychiatrie steht einer Entwicklung im Wege, die in den meisten übrigen Fächern der Medizin längst eingesetzt hat und mit Macht voranschreitet. In der Psychiatrie sind es jetzt vor allem die empirische Sozialpsychiatrie, die klinische und experimentelle Psycho-

logie sowie die moderne Psychopharmakologie, die in immer größerem Umfang die Anwendung statistischer Methoden notwendig machen. Wenn diese Bemühungen zu wesentlichen neuen Erkenntnissen führen sollen, muß zuvor aber die Methodik der Befunderhebung und Befundbeschreibung in der Psychiatrie überprüft und verbessert werden.

Aus diesem Grunde wurden in den letzten fünfzehn Jahren zahlreiche Untersuchungsverfahren und Dokumentationssysteme zur Beschreibung psychiatrischer Befunde entwickelt. In den USA und in England wurde eine nicht mehr überschaubare Zahl von «Rating Scales», standardisierten Interviews u.ä. beschrieben. In der Schweiz, in Österreich und Deutschland haben 11 Universitätskliniken ein Dokumentationssystem entwickelt, das eine konventionierte Dokumentation eines psychiatrischen Explorationsbefundes ermöglicht.

Wenn alle diese Untersuchungs- und Dokumentationsinstrumente anfangs fast immer nur für begrenzte Zwecke entwickelt worden waren, so zeigt sich jetzt immer deutlicher, daß ihre zunehmend größere Anwendung Auswirkungen hat, die weit über die ursprünglichen Ziele hinausreichen. Unter Nutzung moderner technischer Hilfsmittel (z. B. der Fernsehaufzeichnung) können Dokumentationssysteme ein wichtiges Instrument der psychiatrischen Schulung und Ausbildung werden. Dokumentationssysteme bilden einen Ansatzpunkt, psychopathologische Symptome auf ihre Brauchbarkeit, auf ihre Konsistenz und Relevanz zu untersuchen. Durch die systematische Anwendung von gut ausgewählten Dokumentationssystemen im Rahmen internationaler Verbundforschungen besteht heute endlich eine Chance, die bisher unüberwindlich scheinenden Verständigungsschwierigkeiten zwischen verschiedenen psychiatrischen Schulen zu überwinden. Schließlich werden in Zukunft Befunde aus allen nur denkbaren Bereichen der psychiatrischen Grundlagenforschung (von der Biochemie über die Neurophysiologie bis hin zur empirischen Soziologie) weit besser als bisher mit psychopathologischen Befunden in Beziehung zu setzen sein, wenn die psychopathologischen Befunde durch die Anwendung von Dokumentationssystemen zu tatsächlich korrelationswürdigen Daten geworden sind.

Résumé

Dans la psychiatrie de langue allemande, il existe aujourd'hui encore une méfiance générale envers les méthodes mathématiques-statistiques. Cette attitude dans plusieurs domaines de la psychiatrie entrave un certain développement, qui dans la plupart des autres domaines de la médecine, a déjà commencé et avance vigoureusement. C'est la psychiatrie, la psychiatrie sociale empirique, la psychologie clinique et expérimentale et aussi la psychopharmacologie moderne qui font appel de plus en plus aux méthodes statistiques. Mais si l'on veut que ces efforts aboutissent à certains résultats, il faut d'abord que la méthode d'examen et de description des observations en psychiatrie soit révisée et améliorée.

Angaben zur Person										Psychiatrie – Allgemeine Anamnese									
0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 00 10 20 30 40 Klinik 50 60 70 80 90										Psych 1									
1 2 3 4 5 6 7 8 9 0 10 20 30 40 Beob. 50 60 70 80 90 1 2 3 4 5 6 7 8 9 0 10 20 30 40 Geb. 50 60 70 80 90 1 2 3 4 5 6 7 8 9 0 10 20 30 40 Monat 50 60 70 80 90 1 2 3 4 5 6 7 8 9 0 10 20 30 40 Jahr 50 60 70 80 90 1 2 3 4 5 6 7 8 9 0 10 20 30 40 Geb. 50 60 70 80 90 1 2 3 4 5 6 7 8 9 0 10 20 30 40 Lfd. Befund-Nr. 50 60 70 80 90 1 2 3 4 5 6 7 8 9 0 10 20 30 40 in der Beob. 50 60 70 80 90										Datum der Untersuchung 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 20 30 Tag Okt. Nov. Dez. Jan. Feb. März April Monat Mai Juni Juli Aug. Sept. 1967 68 69 70 Jahr 71 72 73 74 75									
I-Zahl 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 00 10 20 30 40 Reserve 50 60 70 80 90										Archiv-Nr. 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9									
Aufnahme veranlaßt durch eig. Polikl. and. Klinik Behörde Geschwister Zahl (einschl. Pat. u. Halbgeschw.) unbekannt 1 2 3 4 5 6 7 8 9 ≥ 10 Stellung des Patienten in der Geschwisterreihe 1 2 3 4 5 6 7 8 9 ≥ 10 Alter bei der 1. Heirat 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 20 30 40 50 60 70 80 90 Zahl der Kinder 1 2 3 4 5 6 7 8 9 ≥ 10										Berufsausbildung unbekannt keine angelernt Lehre Fachschule Hochschule andere Ausbildung abgeschlossen Ausbildung unterbrochen Ausbildung abgebrochen mehrere Ausbildg. abgebrochen in Ausbildung									
Zivilstand (jetzt) unbekannt ledig verheiratet getrennt geschieden verwitwet Muttersprache unbekannt deutsch englisch französisch italienisch spanisch/portugiesisch slawisch andere europ. Sprache außereurop. Sprache Sprachl. Einordnung gut ausreichend schlecht Konfession unbekannt konvertiert protestantisch / anglikan. katholisch griech.-russ.-orthodox and. christl. Religion / Sekten										Berufliche Stellung (jetzt) unbekannt keine selbständig unselbständig untergeordnete Stellung mittlere Stellung gehobene Stellung leitende Stellung Hausfrau ohne berufl. Tät. Hausfrau mit berufl. Tät. Ruhestand vorzeitiger Ruhestand Rentenverfahren läuft arbeitslos beruflicher Abstieg nicht im erlernt. Beruf tätig mehrfacher Berufswechsel häufiger Stellungswechsel Militärdienst Einstellung zur aktuell. berufl. Situation positiv indifferent negativ 1 2 3 4 5 Res. 6 7 8 9 10									
Religiös-weltanschaul. Bindung unbekannt stark konventionell keine Entwicklung (≤ 18 Lj.) unbekannt in Großstadt in Kleinstadt auf dem Lande in wechselnder Umgebung in anderer Umgebung Schulbildung unbekannt keine Volksschule höhere Schule Abitur / Matura 1x sitzen geblieben mehrfach sitzen geblieben Schulbesuch < 6 Jahre Hilfs- u. Sonderschule Schule abgeschlossen Schule abgebrochen in Schulausbildung										Beschäftigungsdauer unbekannt nie ständig zeitweilig sporadisch bis vor < 1 Monat bis vor < 1 Jahr bis vor ≥ 1 Jahr Soziale Einordnung gestört ja fraglich nein unbekannt im Bereich: Arbeitsplatz Öffentlichkeit Wohngemeinschaft									
Haushalt wird hauptsächl. finanziert durch unbekannt Patient Eltern (Ehe-) Partner Kinder Rente / Pension Unterstützung andere Haush. umfaßt Pers. unbekannt 1 2 3 4-6 > 6 (einschl. Patient) Eltern (Ehe-) Partner Geschwister Kinder andere Wohnung unbekannt gut genüg. ungenüg. keine in Eigentum zur Miete / Pacht zur Untermiete in Einfamilienhaus in Mehrfamilienhaus in anderen																			

Abb. 6.

IBM 101 199

Psychiatrie – Psychischer Befund

Angaben zur Person										Psych																			
<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div> 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 00 10 20 30 40 50 60 70 80 90 </div> <div>Klinik</div> </div>										<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div> 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 20 30 40 50 </div> <div>Beob. Periode</div> </div>										<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div> 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 20 30 40 50 </div> <div>Tag</div> </div>									
<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div> 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 20 30 40 50 </div> <div>Geb. Tag</div> </div>										<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div> 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 20 30 40 50 </div> <div>Monat</div> </div>																			
<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div> 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 20 30 40 50 </div> <div>Jahr</div> </div>										<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div> 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 20 30 40 50 </div> <div>Tag</div> </div>																			
<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div> 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 20 30 40 50 </div> <div>Geb. Name</div> </div>										<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div> 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 20 30 40 50 </div> <div>Monat</div> </div>																			
<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div> 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 20 30 40 50 </div> <div>Lfd. Befund-Nr.</div> </div>										<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div> 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 20 30 40 50 </div> <div>Tag</div> </div>																			
<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div> 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 20 30 40 50 </div> <div>In der Beob. Periode</div> </div>										<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div> 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 20 30 40 50 </div> <div>Tag</div> </div>																			

Bewußtseinsstörungen

fraglich vorhanden	leicht ausgeprägt	mittel ausgeprägt	schwer	nicht beurteilbar
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
keine				
Bewußtseinsstörung				
<input type="checkbox"/>				
delirant				
<input type="checkbox"/>				
umdämmert				
<input type="checkbox"/>				
andere				
<input type="checkbox"/>				

Orientierungsstörungen

zeitlich	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
örtlich	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
situativ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
über die eigene Person	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
andere	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Aufmerksamkeits- und Gedächtnisstörungen

Auffassungsstörungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Konzentrationsstörungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Merkfähigkeitsstörungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gedächtnisstörungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Konfabulationen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
andere	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Formale Denkstörungen

gehemmt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
gesperrt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
verlangsamt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
eingeengt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
umständlich	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
perseverierend	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
beschleunigt/ideenflüchtig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vorbeireden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
inkohärent/zerfahren	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gedankenabreißen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
andere	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Überwertige Ideen, Zwänge, Phobien

Hypochondrie (n. wahnhaft)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
----------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

Wahn

überwertige Ideen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zwangsdenken	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zwangsimpulse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zwangshandlungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Phobien	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
andere Störungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Sinnestäuschungen

Illusionen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Stimmenhören	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
andere akust. Halluzinat.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
optische Halluzinat.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Körperhall./Körpergefühlstör.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Geruchs- u. Geschmackshall.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
andere Störungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Ich- und Persönlichkeitsstörungen

Stör. d. Ichidentität	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
andere Entfremdungserl.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Autismus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gedankenausbreitung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Verstimmungen, Gefühlsstörungen

fraglich vorhanden	leicht ausgeprägt	mittel ausgeprägt	schwer	nicht beurteilbar
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
keine				
Gedankenentzug				
<input type="checkbox"/>				
Gedankeneingebung				
<input type="checkbox"/>				
sonst. Fremdbeeinfluss-erleben				
<input type="checkbox"/>				
andere				
<input type="checkbox"/>				

Verstimmungen, Gefühlsstörungen

ratlos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
gefühlsverarmt/afektarm	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gefühl d. Gefühlslosigkeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Störung d. Vitalgefühle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
deprimiert/traurig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
hoffnungslos/verzweifelt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ängstlich	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
gehoben/euphorisch	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
mürrisch gereizt/dysphorisch	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
mißtrauisch/feindselig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
gespannt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
innerlich unruhig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
klagsam/jammend	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
läppisch	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ekstatisch-verzückt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Insuffizienzgefühl	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
gesteig. Selbstwertgefühl	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schuldgefühl	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Verarmungsgefühl	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ambivalent	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
affektiv inadäquat	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
affektlabil	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
affektinkontinent	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
affektstarr	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
andere Störungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Verlaufsbesonderheiten

abends besser	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
morgens besser	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
nächtl. Exazerbationen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
andere Verlaufsbesond.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Störungen des Trieb- u. Sozialverhaltens. Pflegebedürftigkeit

Kontakt vermindert	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kontakt vermehrt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Krankheitsgefühl	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mangel a. Krankheitsgefühl	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mangel a. Krankheitsinsicht	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ablehnung d. Behandlung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Suicidtendenzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Suicidhandlungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Selbstbeschädigungstend.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Aggressionstendenzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Aggressionshandlungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sexualität gesteigert	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sexualität vermindert	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
sex. Triebabweichungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nahrungsablehnung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ist nicht selbständig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
unselbst. in Körperpflege	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
läßt unter sich	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Beschäftigung erschwert	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
bettlägerig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
andere	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Abb. 7.

C'est pour cette raison que, dans ces quinze dernières années, l'on a développé de nombreuses méthodes d'examen et de description d'observations psychiatriques. En Amérique et en Angleterre l'on a décrit une quantité innombrable de «rating scales», d'interview standard, etc. En Suisse, en Autriche et en Allemagne 11 cliniques universitaires ont développé un système de documentation et de dénomination qui permet de fixer une observation psychiatrique dans une forme conventionnelle.

Quoique ces différents moyens d'examen et de documentation n'aient été développés au début que pour un but limité, il apparaît de plus en plus nettement aujourd'hui que leur généralisation a des répercussions, qui dépassent de loin le but fixé. Par l'emploi de moyens techniques modernes (p.ex. la télévision), des systèmes de documentation peuvent devenir un instrument important dans la formation médicale. Ces systèmes de documentation permettent d'apprécier leur utilité et leur raison d'être pour décrire des symptômes psychopathologiques. Par l'application systématique de moyens de documentation bien choisis sur le plan international, l'on aura enfin une chance de pouvoir surmonter les difficultés de compréhension apparemment insurmontables entre différentes écoles de psychiatrie. Il sera enfin possible d'exprimer des observations dans tous les domaines de la recherche psychiatrique (de la biochimie à la sociologie empirique, en passant par la neurophysiologie) et de les mettre en corrélation avec des faits psychopathologiques, si ces faits psychopathologiques sont exprimés de manière comparable avec un système de documentation utilisable.

Riassunto

Ancora oggi esistono nella psichiatria alemannica molte riserve al riguardo dei metodi matematici e statistici. Questo modo di vedere le cose in molte sparte della psichiatria, ostacola uno sviluppo che si è già affermato nella maggior parte degli altri rami della medicina e che fa progressi eccezionali. Nella psichiatria sono in modo particolare la psichiatria sociale empirica, la psicologia clinica e sperimentale come pure la psicofarmacologia moderna, che richiedono sempre maggiormente l'applicazione dei metodi statistici. Se si vuole che questi sforzi conducano a nuove acquisizioni importanti, è necessario prima di controllare e migliorare i metodi psichiatrici riguardanti l'esame obbiettivo e la descrizione dei reperti.

Per questa ragione si sono sviluppati negli scorsi quindici anni parecchi procedimenti semiologici e sistemi di documentazione per la descrizione dei reperti psichiatrici. Negli Stati Uniti ed in Inghilterra sono stati descritti un numero enorme di «rating scales», interviste standardizzate e simili. In Austria, Svizzera e Germania, undici cliniche universitarie hanno elaborato un sistema che permette la documentazione convenzionale di un reperto psichiatrico esplorativo.

Anche se tutti questi strumenti di ricerca e documentazione furono inizialmente quasi sempre sviluppati per degli scopi delimitati, diventa ora sempre

più chiaro che la loro applicazione sempre più estesa, ha delle ripercussioni che oltrepassano di gran lunga lo scopo iniziale. Servendosi dei metodi tecnici moderni (per esempio le trasmissioni televisive), i sistemi di documentazione possono diventare uno strumento importante per l'educazione e formazione psichiatrica. I sistemi di documentazione rappresentano un punto di partenza per lo studio sull'utilizzazione, la consistenza e la rilevanza dei sintomi psicopatologici. Mediante l'applicazione sistematica di sistemi di documentazione accuratamente scelti nell'ambito di ricerche internazionali, abbiamo oggi finalmente la fortuna di poter superare quelle difficoltà d'intesa delle diverse scuole psichiatriche, che sembravano insuperabili. Infine si potranno d'ora in avanti mettere in relazione molto più facilmente che fino ad oggi i reperti provenienti da tutti i rami possibili ed immaginabili della ricerca psichiatrica fondamentale (dalla biochimica alla neurofisiologia, fino alla sociologia empirica) con i reperti psicopatologici, a condizione che detti reperti, grazie all'utilizzazione dei sistemi di documentazione, siano diventati veramente dei dati degni di essere messi in correlazione.

Summary

In psychiatry of the German-speaking countries, there is still today a widespread distrust of the mathematical-statistical method. This attitude blocks development in many fields of psychiatry, while in most of the other departments of medicine such methods have long been accepted and have advanced powerfully. In psychiatry, it is now above all empirical social psychiatry, clinical and experimental psychology and modern psychopharmacology which make the use of statistical methods necessary to an ever larger degree. If these efforts are to lead to important new results, however, the methods of obtaining and recording results in psychiatry must first be over-hauled and improved.

On these grounds, in the last 15 years, numerous procedures of investigation and systems of documentation for describing psychiatric findings are being developed. In USA and England, there are innumerable «rating scales», standardised interviews, etc. In Switzerland, Austria and Germany, 11 University clinics have developed a system of documentation which makes possible a conventionalised documentation of psychiatric findings.

If all these instruments of investigation and documentation were originally for limited aims, it now becomes even more clear that their increasing use has results which far outreach the initial purpose. By using modern technical aids (e.g. television) systems of documentation can become an important instrument of psychiatric training. Documentation systems form a point of departure for studying psychopathological symptoms in relation to their utility, consistence and relevance. Through the systematic use of well chosen documentation systems within international research, there is a good chance today of overcoming the apparently unconquerable difficulties of understanding each other between different schools of psychiatry. Finally,

in the future, findings from all conceivable fields of psychiatric research (from biochemistry over neurophysiology to empirical sociology) can be brought in relation to psychopathological findings much better than as yet by the use of documentation systems which allow actual facts capable of correlation.

1. ANGST J., BATTEGAY R., BENTE D., BERNER P., BROEREN W., CORNU F., DICK P., ENGELMEIER M.-P., HEIMANN H., HEINRICH K., HELMCHEN H., HIPPIUS H., PÖLDINGER W., SCHMIDLIN P., SCHMITT W. und WEIS P.: Das Dokumentations-System der Arbeitsgemeinschaft für Methodik und Dokumentation in der Psychiatrie (AMP). *Arzneimittelforsch.* 19, 399–405 (1969).
2. ANGST J., GROF P., HIPPIUS H., PÖLDINGER W., VARGA E., WEIS P. und WYSS F.: Verlaufsgesetzmäßigkeiten depressiver Syndrome, in: HIPPIUS H. und SELBACH H. (Hrsg.): Das depressive Syndrom. Int. Symp. Berlin, Februar 1968, S. 93–100. Urban & Schwarzenberg, München/Berlin/Wien 1969.
3. BENTE D., ENGELMEIER M.-P., HEINRICH K., HIPPIUS H. und SCHMITT W.: Entwurf eines klinischen Prüfungsprogramms für die psychiatrische Pharmakotherapie. *Med. exp. (Basel)*, Suppl. (ad Vol 7): Französisch-Deutsche Gespräche über die psychiatrische Therapie, Symp. Berlin 1960, S. 11–32. Basel 1962.
4. BLEULER E.: Das autistisch-undisziplinierte Denken in der Medizin und seine Überwindung, S. 169. Springer-Verlag, Berlin/Göttingen/Heidelberg 1962.
5. CONRAD K.: Das Problem der «nosologischen Einheit» in der Psychiatrie. *Nervenarzt* 30, 488–494 (1959).
6. GEBHARDT R., HELMCHEN H., HIPPIUS H., KEREKJARTO M. v., LIENERT G. A. und RENFORDT E.: Beurteilungs-Skalen (Rating Scales) und Merkmalslisten für depressive Syndrome, in: HIPPIUS H. und SELBACH H. (Hrsg.): Das depressive Syndrom. Int. Symp. Berlin, Februar 1968, S. 603–643. Urban & Schwarzenberg, München/Berlin/Wien 1969.
7. HEIMANN H.: Typologische und statistische Erfassung depressiver Syndrome, in: HIPPIUS H. und SELBACH H. (Hrsg.): Das depressive Syndrom. Int. Symp. Berlin, Februar 1968, S. 279–290. Urban & Schwarzenberg, München/Berlin/Wien 1969.
8. KRAEPELIN E.: Die Erforschung psychischer Krankheitsformen. *Z. ges. Neurol. Psychiat.* 51, 224–246 (1919).
9. LIENERT G. A. und v. KEREKJARTO M.: Depressions-Skalen als Forschungsmittel in der Psychopathologie. *Pharmakopsychiatrie* (im Druck).

Adresse des Autors: Prof. Dr. H. Hippus, Direktor der Psychiatrischen Klinik II, Freie Universität Berlin, Nußbaumallee 36, 1000 Berlin 19.