

Syndrome bei psychiatrischen Erkrankungen

Eine vergleichende Untersuchung mit Hilfe von zwei Schätzskalen
für den psychopathologischen Befund (IMPS und AMP-Skala)

W. Mombour

Max-Planck-Institut für Psychiatrie, München

Eingegangen am 13. September 1974

Syndromes in Psychiatric Illnesses

A Comparative Investigation with Two Rating Scales
(IMPS and AMP-Scale)

Summary. Factor analyses of items of psychiatric rating scales found in the literature reveal factors corresponding to known clinical syndromes. The syndrome profiles, which can be represented by the factors of the IMPS (by Lorr *et al.*) and the AMP-scale, give a good description and differentiation of 14 diagnostic groups from the ICD. Standardization of diagnosis by such syndrome profiles is considered a step toward better comparison of psychiatric nosology.

Key words: Psychopathology — Rating Scales — Diagnosis — Syndromes — AMP-Scale — IMPS.

Zusammenfassung. Die bei Faktorenanalysen psychiatrischer Schätzskalen gefundenen und in der Literatur publizierten Faktoren entsprechen inhaltlich bekannten klinischen Syndromen. Mit den Syndromprofilen, die sich durch die Faktoren der IMPS (von Lorr *et al.*) sowie der AMP-Skala darstellen lassen, konnten 14 diagnostische Gruppen der ICD gut beschrieben und differenziert voneinander unterschieden werden. Eine Formalisierung der Diagnosen durch Syndromprofile wird als ein Schritt zu einer besseren Vergleichbarkeit der nosologischen Diagnostik in der Psychiatrie angesehen.

Schlüsselwörter: Psychopathologie — Schätzskalen — Diagnose — Syndrome — AMP-Skala — IMPS.

1. Einleitung

Es gehört zum Bestreben einer modernen, wissenschaftlich orientierten Psychiatrie, ihre Untersuchungsergebnisse nicht nur qualitativ, sondern auch quantitativ darzustellen. Eine der diesem Ziele dienenden Methoden ist die Verwendung von Schätzskalen (rating scales), die in den verschiedensten Bereichen eingesetzt werden können. In einem Übersichtsreferat haben wir Bedeutung und Aufbau dieser Skalen in der Psychiatrie dargestellt und die gegenwärtig am meisten verbreiteten beschrieben (vgl. Mombour, 1972).

Bei unseren eigenen Versuchen, den psychopathologischen Befund quantitativ zu erfassen, haben wir in den vergangenen Jahren vor allem mit zwei Skalen gearbeitet: der im anglo-amerikanischen Sprachraum weit verbreiteten und gut überprüften „Inpatient Multidimensional Psychiatric Scale“ (IMPS) von Lorr *et al.* (Lorr *et al.*, 1963a; Lorr *et al.*, 1963b; Lorr, 1966, hier auch weitere Literatur) und den Bögen für den psychopathologischen und somatischen Befund aus dem AMP-Dokumentationssystem (AMP = Arbeitsgemeinschaft für Methodik und Dokumentation in der Psychiatrie; vgl. Angst *et al.*, 1968; Scharfetter, 1972). Bei dem AMP-System handelt es sich um ein in den drei deutschsprachigen Ländern Schweiz, Bundesrepublik Deutschland und Österreich entwickeltes und noch in Überprüfung befindliches Dokumentationssystem. Die mit beiden Schätzskalen gewonnenen Untersuchungsergebnisse ließen sich teilweise miteinander vergleichen, mittels multivariater statistischer Analysen (Faktoren- und Cluster-Analysen) konnten Syndrome herausgearbeitet werden, die den von der klassischen Psychiatrie beschriebenen Syndromen weitgehend entsprachen (Mombour *et al.*, 1973) und die die Autoren der einen Skala schon früher in einer ganz ähnlichen Form gefunden hatten (Lorr *et al.*, 1963a). Die Darstellung der Durchschnittswerte der einzelnen Faktoren (= Syndrome) für Patientengruppen, die nach diagnostischen Kategorien unterteilt waren, ergab deutliche Unterschiede, für die in unserer früheren Arbeit (Mombour *et al.*, 1973) repräsentative Beispiele gebracht werden konnten.

In einer weiteren Arbeit (Mombour, 1974) versuchten wir, die Gruppen an Hand einzelner, nicht aufsummierter Items (= Einzelsymptome) zu differenzieren. Dabei zeigte sich, daß wegen der großen Symptomüberschneidungen zwischen den Diagnosegruppen eine differentialdiagnostische Trennung auf Grund der Prozenthäufigkeiten allein nicht möglich war. Eine Kombination von Items dagegen spielt nicht nur bei den Aussagen über das (empirisch verifizierte) Vorkommen von Syndromen eine Rolle, sondern kann bei Anwendung bestimmter statistischer Verfahren auch einer maximalen Differenzierung diagnostischer Gruppen dienen, wie dies Baumann (1974) mit Hilfe der linearen und nicht-linearen Diskriminanzanalyse für die AMP-Skala nachgewiesen hat. Wie bereits in unserer ersten Arbeit ausgeführt (Mombour *et al.*, 1973), zeigte aber auch bereits die Zusammenfassung der Items zu Syndromen auf rein deskriptive Weise deutliche Unterschiede zwischen den Diagnosegruppen an. Diese Unterschiede sollen hier ausführlicher und für von uns untersuchte Gruppen und Untergruppen mit Hilfe der IMPS und der AMP-Skala beschrieben werden. Als Syndrome fassen wir hierbei die Faktoren (bzw. Cluster) auf, die sich bei der Faktorenanalyse (Clusteranalyse) der Items der beiden Skalen ergaben.

Unter Syndrom versteht man das überzufällig häufig gemeinsame Auftreten von Einzelsymptomen. Der Syndrombegriff ist in der gesamten Medizin verbreitet (vgl. Leiber u. Olbricht, 1972). Wieviele Syndrome es in der Psychiatrie gibt, wird von den verschiedenen Autoren unterschiedlich angegeben, in einer gewissen gemeinsamen Anzahl von etwa 10—15 stimmen aber die meisten überein (vgl. v. Zerssen, 1973). Dabei muß sicher berücksichtigt werden, daß unterschiedliche Angaben einzelner Autoren nicht alternativ, sondern komplementär zu betrachten sind, da viele Psychiater auswählend nur über die Patientengruppen berichteten, denen sie ihr besonderes Interesse zuwandten. So fällt z. B. auf, daß die Syndrombeschreibungen der klassischen deutschen Psychiatrie (vgl. Kraepelin, 1909—1915); Jaspers, 1965; K. Schneider, 1967; Kloos, 1972) sich überwiegend auf psychotische Patienten beziehen und neurotische Patienten unberücksichtigt blieben. Die in den psychiatrischen Lehrbüchern beschriebenen Syndrome sind auf Grund des klinischen Eindrucks, der Erfahrung, der zusammenfassenden Rückschau aufgestellt worden. Die Anwendung von neueren korrelationsstatistischen Verfahren wie Faktoren- und Clusteranalyse ermöglichen eine nicht nur auf Eindruck, sondern auf Berechnung beruhende Aussage darüber, welche Items (= Symptome) gehäuft zusammen mit anderen auftreten. Cluster sind Gruppen besonders eng miteinander verquickter Einzelsymptome, sie entsprächen ihrer formalen Konzeption nach Syndromen im klinischen Sinne; Faktoren dagegen werden als Dimensionen aufgefaßt, entlang denen Symptome ihrem Ausprägungsgrad nach variieren. Betrachtet man aber die bei Untersuchungen von Schätzskalen für den psychiatrischen Befund empirisch gefundenen Cluster und Faktoren, so können nicht nur die Cluster, sondern auch die Faktoren inhaltlich meist als (bekannte) psychopathologische Syndrome interpretiert werden. Viele mit Schätzskalen arbeitende Forscher, wie z. B. Lorr *et al.* (1963a), Wittenborn *et al.* (1953) oder Overall u. Klett (1972), vertreten, gestützt auf die Ergebnisse ihrer experimentellen Arbeiten, die Ansicht von der Universalität psychiatrischer Syndrome, die mit jeder nur einigermaßen umfassend angelegten Skala zu verifizieren seien.

Die für die beiden Skalen gefundenen Faktoren sind in Tabelle 1 aufgeführt und entsprechend einander gegenübergestellt.

Es fanden sich für die AMP-Skala zwei zusätzliche Faktoren (phobisch-anakastisches Syndrom und hypochondrisches Syndrom), die bei der IMPS fehlen. (In einer späteren „revised form“ der IMPS mit 89 Items sind jedoch neben ergänzenden depressiven Symptomen auch noch zusätzliche Items aus dem vegetativen und somatischen Bereich aufgenommen worden (Lorr *et al.*, 1966), die weitgehend den Items des „somatischen Befundes“ der AMP-Skala entsprechen. Im Zusammenhang hiermit gibt Lorr noch zwei zusätzliche sog. „experimental factors“ an, einen „obsessive-compulsive factor“ und einen vor allem die vegetativen und depressiven Items umfassenden, als „depressive mood“ bezeichneten Faktor. Bei den folgenden Angaben finden jedoch nur die auf den 75 Items der Originalfassung beruhenden 10 IPMS-Faktoren Verwendung, da wir wegen der besseren Vergleichbarkeit unserer Ergebnisse mit denen von Lorr von der von ihm publizierten Faktorenstruktur ausgingen.) Ein klinisch schwer zu interpretierender AMP-Faktor, den wir vorläufig mit „Pflegebedürftigkeit“ bezeichnet haben und der vor

Tabelle 1. (aus Mombour *et al.*, 1973, modifiziert). Syndrome (Faktoren) bei IMPS und AMP

IMPS	AMP	
I Excitement (manisches Syndrom)	Manisches Syndrom	MAN
II Hostile Belligerence (aggressive Gereiztheit)	Aggressive Gereiztheit	DYS
III Paranoid Projection (paranoïdes Syndrom)	Paranoid-halluzinatorisches Syndrom	PAR
IV Grandios Expanstiveness (Größenwahn)		
V Perceptual Distortion (halluzinatorisches Syndrom)		
VI Anxious Intrusiveness (depressives Syndrom)	Depressives Syndrom	DEP
VII Retardation and Apathy (apathisches Syndrom)	Apathisches Syndrom	APA
VIII Disorientation (Orientierungsstörungen)	Psychoorganisches Syndrom	ORG
X Conceptual Disorganisation (formale Denkstörungen)	—	
IX Motor Disturbance (katatonies Syndrom)	—	
—	Phobisch-anankastisches Syndrom	PHO
—	Hypochondrisches Syndrom	HYP
—	(Pflegebedürftigkeit)	

allem selten vorkommende Items umfaßt, bleibt im folgenden unberücksichtigt. Unsere Resultate bezüglich der IMPS-Faktorenstruktur stehen in Übereinstimmung mit den Ergebnissen zahlreicher anderer Autoren (vgl. hierzu die Darstellung in Lorr *et al.*, 1963a), u. a. auch mit neueren Untersuchungen aus dem deutschen Sprachraum (vgl. Behrends *et al.*, 1971; Jacobi, 1974; Bender, 1974). Die mit der IMPS erfaßte Faktorenstruktur dürfte zu den bestvalidierten Untersuchungsergebnissen einer quantitativen Psychopathologie gehören.

2. Methodik

Die Untersuchung wurde mit der IMPS von Lorr *et al.* sowie der AMP-Skala durchgeführt. Von der AMP-Skala verwendeten wir die 123 Items für den psychischen Befund sowie die ersten 31 Items des somatischen Befundes, die sich auf Schlafstörungen, Appetenzstörungen und vegetative Symptome beziehen. Eine genaue Beschreibung beider Skalen findet sich in den bisher erwähnten Publikationen. Mit diesen beiden Skalen wurde der Aufnahmebefund aller Patienten festgehalten, die vom 1. 1. 1969—1. 12. 1970 auf der psychiatrischen Abteilung des Max-Planck-Institutes für Psychiatrie aufgenommen wurden (ergänzt um 80 Patienten mit chronischen psychischen Störungen aus anderen psychiatrischen Krankenhäusern Münchens und Umgebung). Die insgesamt 454 Patienten teilen sich diagnostisch auf folgende Gruppen auf [in Klammern die ICD-Nummern (siehe Degkwitz *et al.*, 1973)]:

152 Schizophrenien und schizophrenieähnliche Psychosen (295.0—295.9; 297.0—297.9; 298.2; 298.3; 298.9).

125 Depressionen, wobei — wegen der Ähnlichkeit des psychopathologischen Erscheinungsbildes — im Rahmen dieser syndromorientierten Untersuchung auf eine Trennung zwischen endogenen und neurotischen Depressionen verzichtet wurde (296.0; 296.2; 298.0 und 300.4)

118 andere Neurosen und Persönlichkeitsstörungen (300.0—308 außer 300.4)

36 organische Psychosen im Sinne der ICD, im wesentlichen chronische organische Psychosyndrome (290.0—294.9)

15 organische Wesensänderungen (309.0—309.9)

6 Manien (296.1 und 298.1)

sowie

2 andere Diagnosen (296.3 und 310—315).

Die einzelnen diagnostischen Gruppen sollen im folgenden an Hand ihrer Syndromprofile beschrieben werden. Wir benützen dabei die in Tabelle 1 aufgeführten Syndrome (Faktoren) für beide Skalen und haben die Darstellung in Form von Säulendiagrammen gewählt. Jede Säule entspricht dem numerischen Wert eines Faktors. Dieser Wert wird als Summenprozent-Score (= Prozentsatz des maximal möglichen Faktoren-Scores), berechnet auf den Durchschnitt der Gruppe, angegeben. Dadurch lassen sich die einzelnen Faktoren, die eine unterschiedliche Anzahl von Items (und dadurch auch einen unterschiedlichen Maximalscore, der durch Addition aus den Scores der Einzelitems errechnet wird) haben, anschaulicher miteinander vergleichen. Auf die Berechnung von *z*-Werten haben wir verzichtet, da die Skalenwerte nicht normal verteilt sind. [Zur Berechnung des durchschnittlichen Summenprozent-Scores (engl. average percentage score) siehe auch WHO 1973.

Beispiel: Hat ein Patient in einem Faktor einen Summenwert von 20 erhalten und ist der maximal mögliche Wert in diesem Faktor 80, dann ist der Summenprozent-Score 25%; für die diagnostische Gruppe wird dann das arithmetische Mittel über alle Patienten errechnet.]

3. Ergebnisse

Die Ergebnisse sollen in den folgenden Abbildungen 1–8 an Hand von Säulendiagrammen für die einzelnen Diagnosegruppen (sowie für einige ihrer Untergruppen) aufgezeigt werden. Aus Platzgründen können hier leider nur 8 Abbildungen gebracht werden. Die Summenprozentwerte für die nicht abgebildeten Diagnosegruppen (organische Psychosen, organische Wesensänderungen und die vier Untergruppen der Schizophrenie) geben wir in den Tabellen 2 und 3 wieder.

Betrachtet man bei den graphischen Darstellungen die Höhe der als Säulen dargestellten Syndromwerte und ihre Beziehungen zueinander, so kommt man zu der folgenden Charakterisierung der einzelnen Diagnosegruppen.

Manie (ICD-No. 296,1 und 298,1): In den beiden Skalen liegen die Werte für das „manische Syndrom“ und das Syndrom für „aggressive Gereiztheit“ am höchsten; bei der IMPS kommt noch ein erhöhter Wert

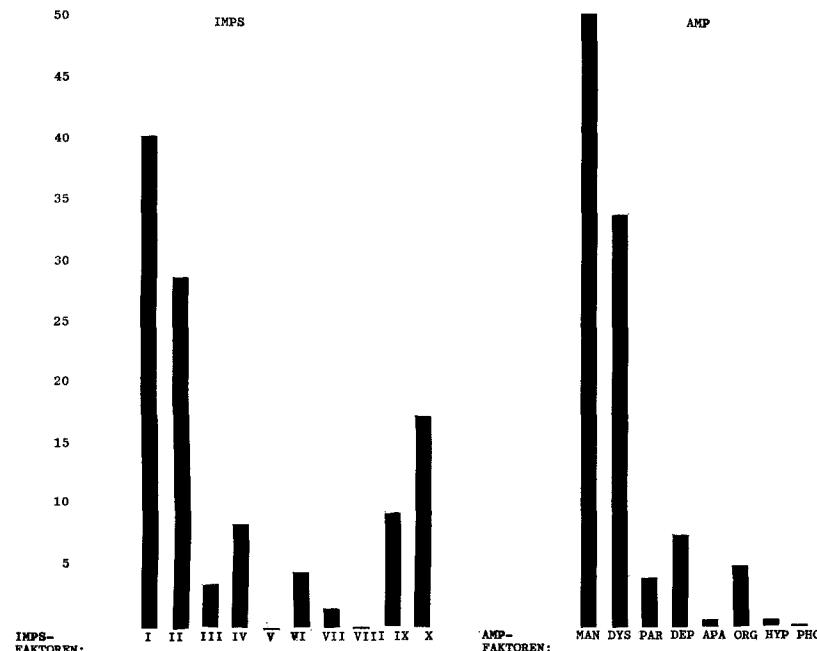


Abb. 1. Summen-Prozent-Scores. Manie (n = 6)

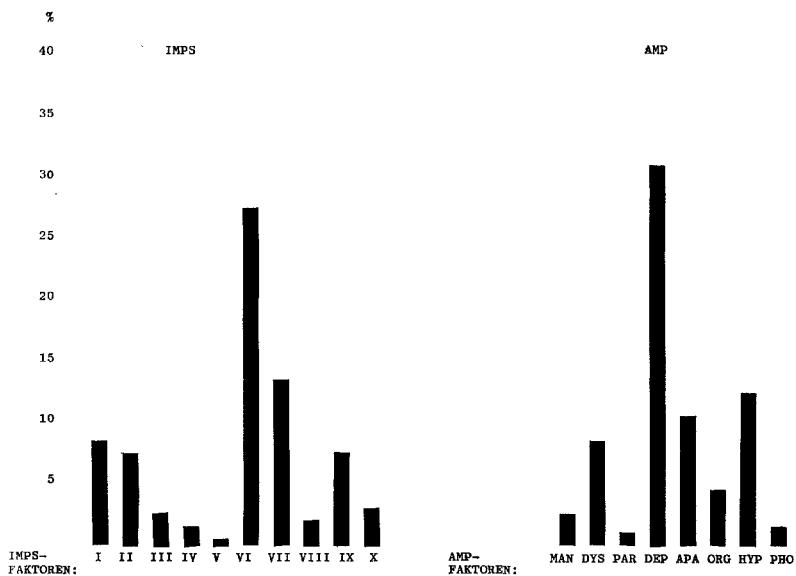
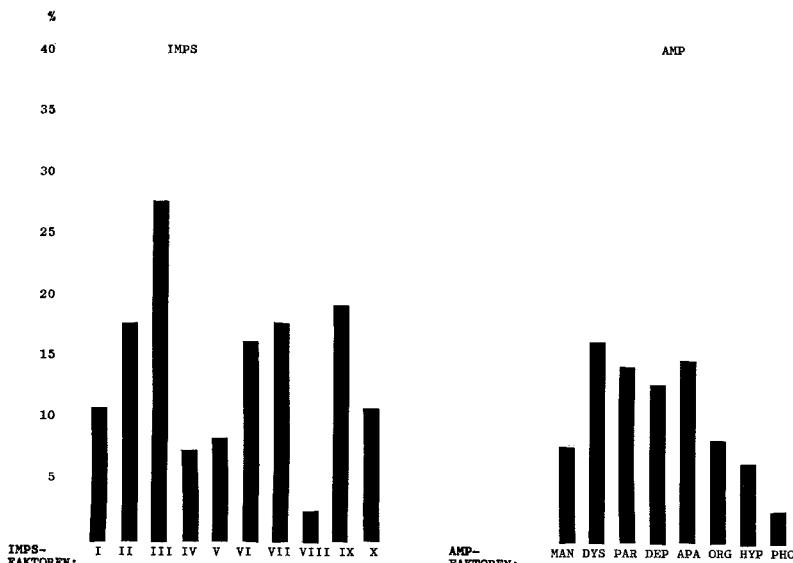
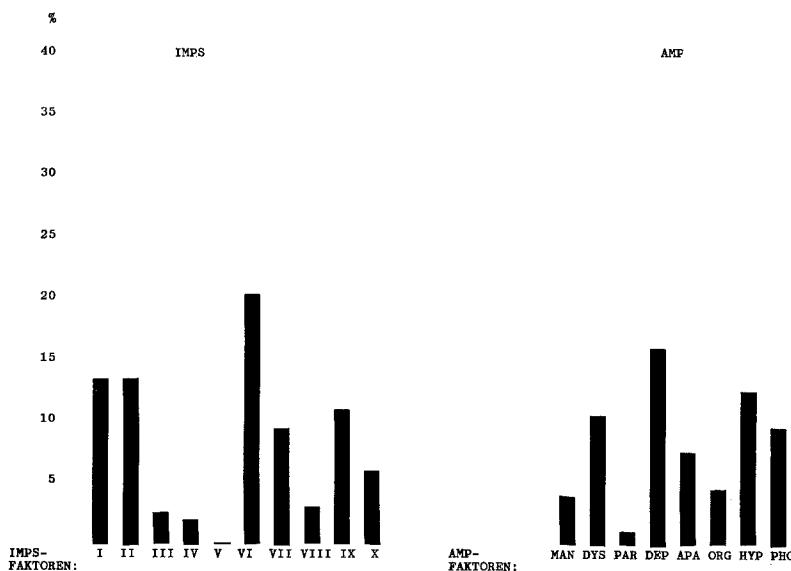
Abb. 2. Summen-Prozent-Scores. Depressionen ($n = 125$)Abb. 3. Summen-Prozent-Scores. Schizophrenien ($n = 152$)

Tabelle 2. % der maximal möglichen Faktorenscores (Summen-Prozent-Scores) für die IMPS-Faktoren

ICD Diagnosen-No.	n	I	II	III	IV	V	VI	VII	VIII	IX	X
295 + 297 + 298,2 +											
298,3 + 298,9											
Schizophrenien u. a.	152	11,0	18,0	28,0	7,5	8,5	16,5	18,0	2,5	19,5	11,0
295,1 Hebephrenien	13	12,4	11,9	17,4	12,9	3,3	13,2	19,1	6,4	20,2	16,3
295,3 paranoid-halluzinatorische Schizophrenien	45	10,5	26,1	37,8	7,2	14,2	18,7	21,2	4,4	13,9	11,3
295,7 schizo-affektive Psychosen	9	22,4	13,9	29,4	8,3	4,8	22,0	14,8	0,0	8,2	9,4
295,8 schizophrene Defekte	10	7,5	5,5	5,7	0,5	0,0	9,8	6,9	0,0	0,9	5,5
290—294 organische Psychosen	36	11,0	8,0	10,5	1,0	3,5	12,5	15,5	5,0	13,5	16,0
309 org. Wesensänderungen	15	13,5	13,5	5,5	0,0	0,0	14,0	18,5	14,0	8,5	14,0

Abb. 4. Summen-Prozent-Scores. Neurosen ($n = 118$)

im Faktor X („Formale Denkstörung“, „conceptual disorganization“) hinzu. Dies ist vor allem durch das Item 4 der IMPS („vom Thema abschweifend“ = „rambling“) bedingt, während das entsprechende Item 22 der AMP-Skala („beschleunigt/ideenflüchtig“) zum Faktor „manisches Syndrom“ gehört.

Die Werte für das „manische Syndrom“ liegen über denen für „aggressiv Gereiztheit“. Die Werte für alle anderen Faktoren liegen unter 10%.

Beide Skalen beschreiben das Krankheitsbild der Manie gleich gut.

Für die graphische Darstellung der Faktoren der IMPS ist eine bestimmte Reihenfolge vorgeschrieben. — Zur Erleichterung der optischen Erinnerung und um die „Gestalt“ des graphischen Bildes besser herauszuheben, kann man die Spitzen der Säulen miteinander verbinden. Dadurch erhält man charakteristische Kurven für die einzelnen Diagnosen. Bei der Manie entsteht so eine L-förmige Linie mit aufsteigendem Anteil des waagerechten L-Balkens.

Depressionen (ICD-No.: 296,0; 296,2; 298,0; 300,4): Die höchsten Werte haben in beiden Skalen die Faktoren „depressives Syndrom“ und „apathisches Syndrom“, bei der AMP-Skala trägt zusätzlich das „hypochondrische Syndrom“ zur Differenzierung der Depressionen bei. Die Werte für das „depressive Syndrom“ liegen deutlich höher als die für das „apathische Syndrom“, Verhältnisse, die umgekehrt sind wie bei

Tabelle 3. % der maximal möglichen Faktorenscores (Summen-Prozent-Scores) für die AMP-Faktoren

ICD Diagnosen-No.	n	MAN	DYS	PAR	DEP	APA	ORG	HYP	PHO
295 + 297 + 298,2 + 298,3 + 298,9 Schizophrenien u. ä.	152	8,0	16,5	14,5	13,0	15,0	8,5	6,5	2,5
295,1 Hebephrenien	13	12,4	18,0	7,7	9,5	11,4	10,4	5,9	5,1
295,3 paranoid-halluzinatorische Schizophrenien	45	6,3	23,1	20,8	17,0	17,5	9,7	6,6	3,5
295,7 schizo-affektive Psychosen	9	21,2	14,2	11,4	23,5	7,8	8,2	7,7	0,9
295,6 schizophrene Defekte	10	6,7	5,3	1,5	12,9	3,3	10,0	15,9	0,0
290 – 294 organische Psychosen	36	7,5	9,5	6,0	14,5	7,5	17,0	9,5	0,0
309 organ. Wesensänderungen	15	5,0	9,5	1,5	10,5	9,5	16,5	8,5	1,0

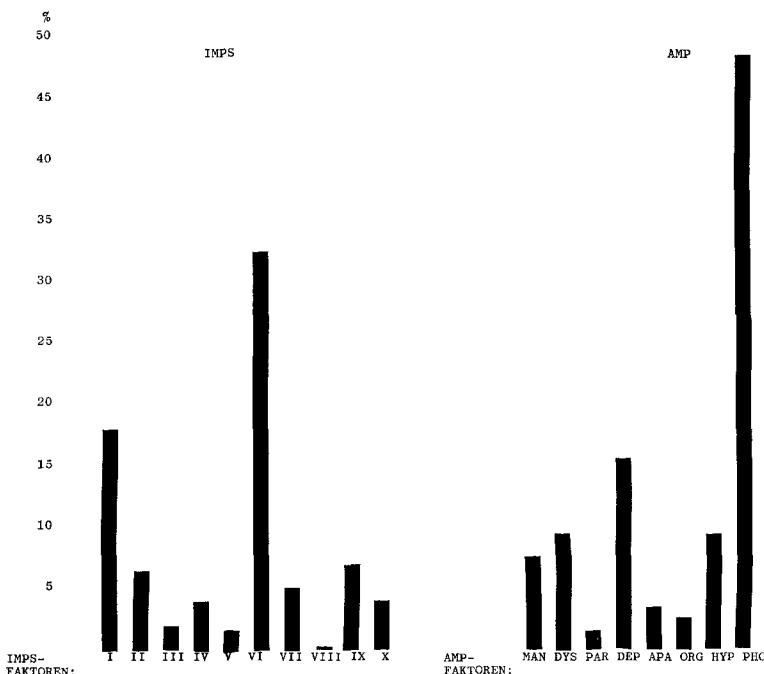


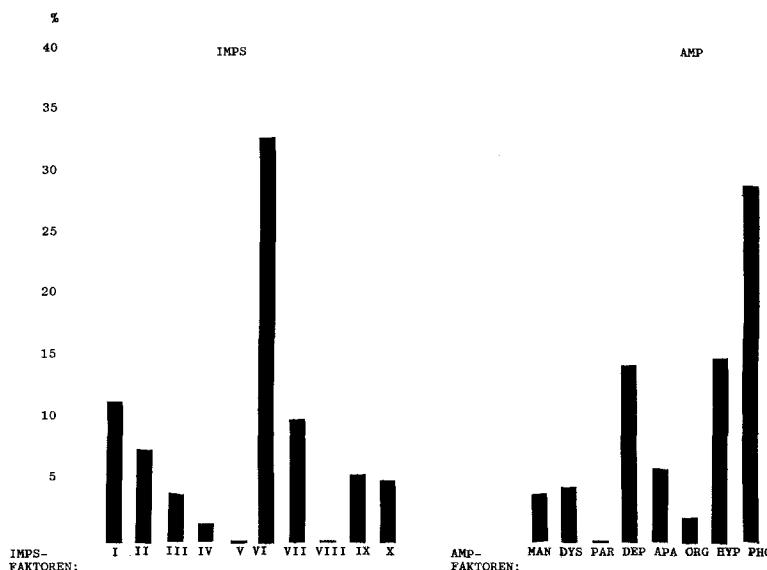
Abb. 5. Summen-Prozent-Scores. Zwangsnurosen (n = 12)

den Schizophrenien und den organischen Störungen. Die graphischen Darstellungen für Patienten mit Involutionsdepression (296,0), endogener Depression (296,2) und neurotischer Depression (300,4) zeigten keine Unterschiede, wir verzichten deshalb auf die Wiedergabe. Alle anderen Faktoren lagen unter 10%.

Die AMP-Skala scheint bei diesen Kranken wegen des zusätzlichen „hypochondrischen Syndroms“ eine differenziertere Beschreibung zu liefern als die IMPS.

Verbindet man für die IMPS die Spitzen der Säulen, so erhält man eine umgekehrte V-förmige Linie.

Schizophrenien und schizophrenienähnliche Psychosen (ICD-No.: 295,0—295,9; 297,0—297,9; 298,2; 298,3; 298,9): Beide Skalen zeigen deutlich hohe Werte für die Faktoren: „paranoides Syndrom“, „aggressive Gereiztheit“, „depressives“ und „apathisches Syndrom“, hinzukommen bei der IMPS hohe Werte für das „katatone Syndrom“. Die Werte für das „apathische Syndrom“ liegen — umgekehrt wie bei den Depressionen und Neurosen — höher oder gleich wie für das „depressive Syndrom“.

Abb. 6. Summen-Prozent-Scores. Phobien ($n = 16$)

Das Bild der Schizophrenie scheint in der IMPS deutlicher herauszukommen, vor allem durch die Akzentuierung des paranoiden und des katatonen Faktors.

Verbindet man für die IMPS die Spitzen der Säulen mit einer Linie, so erhält man das Bild eines dreigipfligen „Bergmassives“ mit einem mittleren abgeflachten Gipfel; die Gipfel liegen bei III/II, VII/VI und IX (u. X), der höchste bei Faktor III.

Interessant ist nun zu sehen, wie sich das graphische Bild für einzelne Untergruppen der Schizophrenien (Zahl der Fälle in Tabellen 2 und 3) verändert.

Wir beschreiben zunächst die Verhältnisse für die IMPS:

Bei allen Untergruppen bleibt die für die Schizophrenie beschriebene Tendenz zur Dreigipfligkeit bestehen, aber die Höhe dieser Gipfel zueinander ändert sich; außerdem treten — im Unterschied zur Darstellung der Gesamtgruppe — weitere Faktoren mit Werten über 10% deutlich hervor.

Die Untergruppe der *paranoid-halluzinatorischen Schizophrenie* (ICD-No. 295,3) zeigt die größte Ähnlichkeit mit der Gesamtgruppe, was darauf hinweist, daß sie deren graphische Darstellung stark beeinflußte. Zusätzlich liegen die Werte für den Faktor V (halluzinatorisches Syndrom) über 10%.

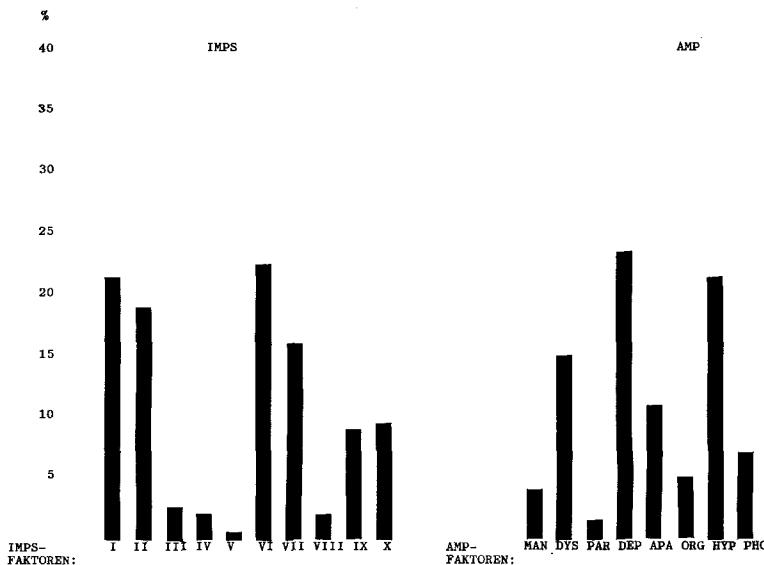


Abb. 7. Summen-Prozent-Scores. Hysterien (n = 26)

Bei der *Hebephrenie* (ICD-No. 295,1) haben sich die drei Gipfel in ihrer Höhe einander angenähert, es gibt kein besonders herausragendes Syndrom wie etwa Faktor III bei der paranoid-halluzinatorischen Untergruppe. Zusätzlich liegen die Faktoren I (manische Syndrom) und IV (Größenwahn) etwa auf der gleichen „mittleren“ Höhe wie die anderen für Schizophrenie typischen Faktoren.

Beim *schizophrenen Defekt* (ICD-No. 295,6) sind alle Werte unter 10% abgesunken, die Dreigipfligkeit ist nur noch schwach sichtbar.

Die Darstellung der *schizo-affektiven Psychose* (ICD-No. 295,7)¹ zeigt auf den ersten Blick große Ähnlichkeit mit dem Bild der Gesamtgruppe. Es fällt jedoch auf, daß sich das Größenverhältnis der Faktoren VI und VII zueinander umgekehrt hat; wie bei den Depressionen hat der Faktor VI höhere Werte als VII, Verhältnisse, die umgekehrt liegen als bei den anderen Schizophrenieformen der ICD. Hinzu kommen höhere Werte im

¹ Es ist ein Vorteil der ICD-Diagnostik gegenüber anderen Diagnose-Schemata, daß die schizo-affektive Psychose als eigene Krankheitsgruppe aufgeführt wird. Allerdings wäre es u. E. günstiger, sie nicht als Unterform der Schizophrenie zu rubrizieren, sondern sie als eigene Kategorie zwischen Schizophrenie und affektive Psychosen zu stellen; denn nur so ließe sich eine klassifikatorische Neutralität im Streit der Schulmeinungen über die Zugehörigkeit der schizo-affektiven Psychosen zum Formenkreis der Schizophrenie bzw. manisch-depressiven Psychosen wahren.

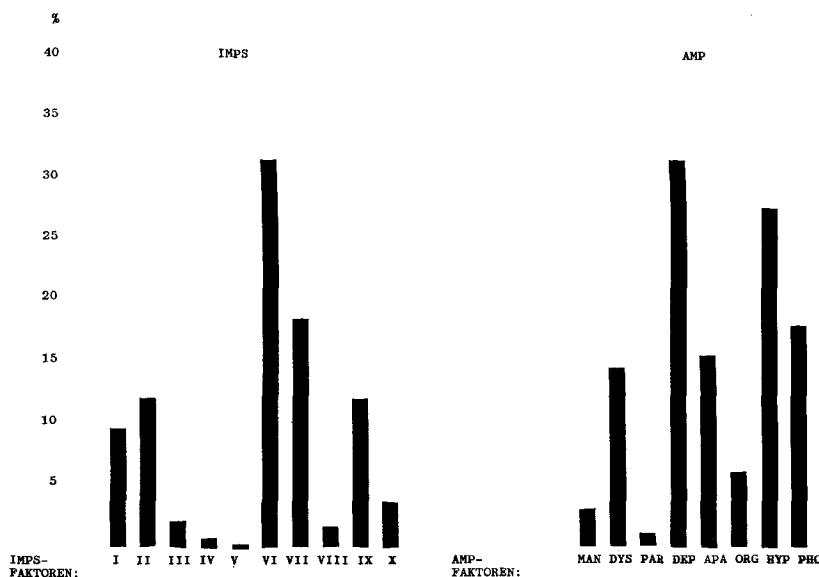


Abb. 8. Summen-Prozent-Scores. Angstneurosen (n = 13)

Faktor I. Die drei Gipfel haben unterschiedliche Höhe, der erste ist der höchste, der dritte der niedrigste; er ist knapp unter 10% abgesunken.

Für die AMP-Skala gelten analoge Verhältnisse für das manische, dysphorische, depressive und paranoid-halluzinatorische Syndrom. Auch hier tritt bei der schizo-affektiven Psychose das depressive Syndrom wesentlich stärker ausgeprägt auf als das apathische Syndrom, während bei den übrigen Unterformen der Schizophrenie beide Syndrome ungefähr die gleichen Werte zeigen. Das Verhältnis der beiden Syndrome zueinander zeigt bei dieser Untergruppe das gleiche Bild wie bei den Depressionen und nicht wie bei den übrigen Schizophrenien. Der schizophrene Defekt wird bei der AMP-Skala besonders durch das hypochondrische Syndrom charakterisiert.

Organische Psychosen (ICD-No.: 290—294): Es finden sich für die IMPS höhere, gegenüber den anderen Faktoren jedoch nicht sehr ausgeprägte Werte im „depressiven“, „apathischen“, „katatonen Syndrom“ und für die „formalen Denkstörungen“. Die Werte für das „apathische Syndrom“ liegen über denen für das „depressive Syndrom“. Bei der AMP-Skala zeigen die Werte das „depressive“ und vor allem das „organische Syndrom“ deutlicher an, nicht jedoch das „apathische Syndrom“. Mit beiden Skalen erhält man ein wenig ausgeprägtes, verstrichenes Profil.

Verbindet man für die IMPS die Spitzen der Säulen, so erhält man eine dreigipflige, flache Wellenlinie mit den Gipfeln bei den Faktoren I/II/III, VII/VI und X/IX.

Organische Wesensänderungen (ICD-No. 309): Für die IMPS finden sich wie bei den organischen Psychosen nur — im Vergleich mit den anderen Syndromen — leicht höhere Werte in den Faktoren I („manisches Syndrom“), II („aggressive Gereiztheit“), VI („depressives Syndrom“), VII („apathisches Syndrom“), VIII („Orientierungsstörungen“) und X („formale Denkstörungen“).

Das Profil für die organischen Wesensänderungen bei AMP unterscheidet sich nicht von dem für die organischen Psychosen.

Verbindet man für die IMPS die Spitzen der Säulen, so erhält man eine flache dreigipflige Wellenlinie mit den Gipfeln bei I/II, VI/VII/VIII und X.

Neurosen und Persönlichkeitsstörungen (ICD-No.: 300,0—308 außer 300,4): In der IMPS ergibt sich praktisch das gleiche Bild wie für die Depressionen mit einer geringen Tendenz, in den Faktoren I, II und IX etwas höhere und im Faktor VI etwas niedrigere Werte zu haben als die Depressionen. Eine deutliche Unterscheidung zwischen beiden Krankheitsgruppen läßt sich aber an Hand der IMPS nicht gewinnen. Anders liegen die Verhältnisse bei der AMP-Skala. Hier sind bei den Neurosen die Werte für das „depressive Syndrom“ nur etwa halb so groß wie bei den Depressionen; außerdem differenziert das „phobisch-anankastische Syndrom“ deutlich gegenüber den Depressionen. Die übrigen Verhältnisse sind wie bei den depressiven Erkrankungen, auch darin, daß die Werte für das „depressive Syndrom“ höher liegen als für das „apathische Syndrom“.

Für die Beschreibung der Neurosen und der Persönlichkeitsstörungen scheint uns die AMP-Skala der Lorr-Skala überlegen.

Trotz einer kleinen Fallzahl interessierte uns, ob für einzelne Untergruppen der Neurosen eine differenziertere Darstellung gelingen würde. Hierfür wurden zusätzlich noch die Ergebnisse von 11 Patienten (mit Phobien) aus späteren Untersuchungen hinzugenommen.

Zwangsneurosen (ICD-No. 300,3): In der IMPS werden die Zwangsnurosen durch das depressive und etwas schwächer durch das manische Syndrom charakterisiert, alle anderen Syndromwerte liegen unter 10%.

Die AMP-Skala beschreibt diese Krankheitsgruppe mit dem phobisch-anankastischen und — etwas schwächer — mit dem depressiven Syndrom, was der gewohnten klinischen Schilderung besser entspricht.

Phobien (ICD-No. 300,2): In der IMPS zeigt praktisch nur das depressive Syndrom an, alle anderen Werte liegen unter 10%.

Die AMP-Skala charakterisiert diese Störungen am stärksten durch das phobisch-anankastische und etwas schwächer durch das depressive

und hypochondrische Syndrom. Die Beschreibung ist differenzierter als in der IMPS.

Hysterien (ICD-No.: 300,1 und 301,5): In der IMPS finden sich deutliche Werte im depressiven, apathischen und manischen Syndrom sowie dem Syndrom für aggressive Gereiztheit.

Ähnlich beschreibt die AMP-Skala diese Gruppe von Störungen durch das depressive, hypochondrische, dysphorische und apathische Syndrom.

Angstneurosen (ICD-No. 300,0): Auch bei dieser Gruppe zeigen in beiden Skalen zahlreiche Syndrome deutliche Werte. In der IMPS das depressive, apathische und katatone Syndrom sowie das Syndrom für aggressive Gereiztheit. Die Reihenfolge der Aufzählung entspricht der Größenordnung der Werte dieser Syndrome.

Die AMP-Skala zeigt deutliche Werte im depressiven, hypochondrischen, phobisch-anankastischen, apathischen und dysphorischen Syndrom (Reihenfolge ebenfalls entsprechend der relativen Größenordnung).

Bei der Beschreibung der einzelnen Neurosenformen zeigt sich, daß die AMP-Skala durch das phobisch-anankastische und das hypochondrische Syndrom, die in der IMPS fehlen, mehr Möglichkeiten zu einer differenzierteren Beschreibung dieser Störungen bietet als die IMPS, bei der zudem typisch „psychotische Syndrome“ wie das manische und das katatone zur Charakterisierung neurotischer Krankheitsbilder verwendet werden müssen.

4. Diskussion

Mit der vorliegenden Arbeit haben wir versucht, nosologische Gruppen auf der Ebene ihrer Syndrome differenziert zu beschreiben und von einander abzugrenzen. Als Syndrome haben wir die Faktoren zweier Schätzskalen, der IMPS und der AMP-Skala, verwendet; die nosologische Klassifikation war die der WHO.

Bei der numerischen und graphischen Darstellung ergab sich jeweils pro Diagnose ein charakteristisches Bild, das vor allem dadurch geprägt wurde, daß ein oder mehrere typische Syndrome gegenüber anderen, schwächer ausgeprägten dominierten.

Mit beiden Skalen wird das Bild der Manie und der Depression am prägnantesten und am eindeutigsten beschrieben; hierfür genügen wenige Syndrome. Auch das Bild der Schizophrenie und einiger ihrer Untergruppen tritt deutlich hervor, benötigt zu seiner Darstellung aber die größte Anzahl der gegebenen Syndrome. Hier scheint die IMPS gegenüber der AMP-Skala ein prägnanteres Bild zu geben. Für die Diagnosengruppen Manie, Depression und Schizophrenie stimmen unsere Profile mit den von Lorr für die IMPS angegebenen überein (Lorr u. Klett, 1967). Die niedrigsten Werte bei gleichzeitig großer Zahl von charakteristischen

Syndromen haben die organischen Wesensänderungen und organischen Psychosen. Die Möglichkeit, diese beiden Gruppen durch die Skalen zu trennen, erscheint fraglich. Der Grund liegt wohl darin, daß bei unserem Untersuchungsmaterial die organischen Psychosen vor allem chronische organische Psychosyndrome von Hirnverletzten betrafen, die nach ICD schon beim Vorliegen deutlicher Gedächtnisstörungen unter die Nummern 290—294 (= organische Psychosen) einzuordnen sind, sich aber nicht qualitativ, sondern höchstens graduell von den organischen Wesensänderungen unterscheiden. Die Neurosen und Persönlichkeitsstörungen als Gesamtgruppe lassen sich in der IMPS kaum von den Depressionen unterscheiden; hier differenziert die AMP-Skala etwas besser. Für die einzelnen Untergruppen der Neurosen liefert die AMP-Skala eine wesentlich differenziertere Beschreibung als die IMPS, was vor allem bedingt ist durch die zusätzlichen Syndrome (hypochondrisches und phobisch-anankastisches Syndrom), die diese Skala gegenüber der ursprünglichen Fassung der IMPS, auf die wir bei unseren Auswertungen zurückgriffen, besitzt. Da die später entwickelte „revised form“ der IMPS ein phobisch-anankastisches Syndrom kennt (das in der Original-IMPS noch im depressiven Syndrom aufgeht) und vegetativ-somatische Items hinzufügt hat, dürfte dieser Unterschied zwischen den beiden Skalen bei Verwendung der revidierten IMPS wegfallen. Die Untersuchungsergebnisse zeigen aber auch die Wichtigkeit vegetativ-somatischer Items (wie Schlafstörungen, Appetitstörungen etc.) in der Psychopathologie, auf die die AMP-Skala von Anfang an mit ihrem „somaticischen Bogen“ aufmerksam gemacht hat. Hätten wir nur den Bogen für den „psychischen Befund“ des AMP-Systems mit der IMPS verglichen, so wäre die weitere Differenzierungsmöglichkeit durch das „hypochondrische Syndrom“, das überwiegend diese vegetativ-somatischen Items enthält, weggefallen. Die Wichtigkeit des phobisch-anankastischen Syndroms in der Neurosenpsychologie ist evident und bedarf keiner weiteren Begründung. Beide Skalen geben uns so Syndrome an die Hand, mit denen eine detaillierte Beschreibung und Abgrenzung nosologischer Gruppen gut möglich ist. Zur Charakterisierung der Neurosen reicht aber die Original-IMPS mit nur 75 Items ebensowenig aus wie der „psychische Befund“ der AMP-Skala allein. Wir möchten daher für diese Diagnosengruppe die „revised form“ der IMPS bzw. die Mitverwendung des „somaticischen Bogens“ der AMP-Skala empfehlen. Die mit beiden Skalen gewonnenen Ergebnisse bezüglich der Neurosen sollten an einer größeren Patientenzahl nachgeprüft werden; die meisten der bisher publizierten Untersuchungen mit beiden Skalen bezogen sich überwiegend auf psychotische Patienten.

Erwähnenswert erscheinen uns noch die zwei folgenden Beobachtungen: Das depressive Syndrom zeigt bei allen Gruppen außer der Manie

Tabelle 4. Größenverhältnisse der einzelnen Syndrome zueinander bei IMPS und AMP (nicht erwähnte Syndrome liegen unter 10%)

IMPS	AMP
I > II > X	MAN > DYS
VI > VII	DEP > HYP > APA
III > II ≈ VII ≈ IX > VI > I ≈ X	DYS ≈ PAR ≈ APA ≈ DEP
III > II > VII > VI > IX ≈ V > X ≈ I	DYS ≈ PAR > APA ≈ DEP > ORG
III ≈ VII ≈ IX > X > II ≈ IV ≈ VI > 10%	DYS > MAN ≈ APA > DEP ≈ ORG
III > I ≈ VI > VII ≈ II	HYP > DEP
VII ≈ X > VI ≈ IX > I ≈ II ≈ III	DEP > MAN > DYS > PAR
VII > I ≈ II ≈ VI ≈ VIII ≈ X	ORG > DEP > DYS
VI > I ≈ II ≈ IX	ORG > DEP > DYS
VI > I	DEP ≥ HYP ≥ DYS ≈ PHO
VI	PHO > DEP
VI ≈ I ≈ II > VII	PHO > DEP ≈ HYP
VI > VII > IX ≈ II	DEP ≥ HYP > DYS > APA
	DEP > HYP > PHO ≥ APA ≥ DYS

deutlich erhöhte Werte; es handelt sich offenbar um ein diagnostisch sehr sensibles, wenn auch nur wenig spezifisches Krankheitssyndrom. Bei den Depressionen und Neurosen überwiegt das depressive Syndrom deutlich im Vergleich zum apathischen Syndrom, bei den Schizophrenien und organischen Störungen sind beide Syndrome gleich ausgeprägt oder es kommt zu einem Überwiegen des apathischen Syndroms. Wenn hier von Syndromen gesprochen wird, handelt es sich selbstverständlich immer um Syndrome im Sinne der IMPS oder der AMP-Skala.

In vereinfachender Weise und unter Verzicht auf andere Ausschöpfungsmöglichkeiten der Profile lassen sich die Syndrome ihrem Ausprägungsgrad nach in einer Rangreihe anordnen, wobei Syndromwerte unter 10% nicht berücksichtigt werden sollen. Auf diese Weise lassen sich die diagnostischen Gruppen durch eine „Syndromformel“ beschreiben (siehe Tab. 4).

Es wäre sicher ein bedeutender Fortschritt für nationale und internationale Vergleichbarkeit psychiatrischer Untersuchungen, wenn Diagnosen (durch eine Art „Syndromformel“) zusätzlich standardisiert werden könnten, ähnlich wie im bekannten MMPI-Atlas (Marks and Seeman, 1963), in dem Profile und Formeln für abnorme Persönlichkeiten gegeben werden. Die praktische Anwendung dieses Verfahrens bei Benutzen der beiden Skalen in der klinischen Tätigkeit ist einfach und verlangt keine zusätzlichen statistischen Berechnungen.

Literatur

- 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., Weis, P.: Das Dokumentationsystem der Arbeitsgemeinschaft für Methodik und Dokumentation in der Psychiatrie (AMP). *Arzneimittel-Forsch.* 18, 3-8 (1968)
- Baumann, U.: Diagnostische Differenzierungsfähigkeit von Psychopathologieskalen. *Arch. Psychiat. Nervenkr.* 219, 89-103 (1974)
- Behrends, K., Flegel, H., Helmchen, H., Hippius, H., Höffken, K. D., Schacht, L., Schulte, P. W.: Quantifizierung psychotischer Symptome unter transkulturellen Aspekten. *Soc. Psychiat.* 6, 66-72 (1971)
- Bender, W.: Studie zur Reliabilität und differentiellen Validität der Lorr-Skala (IMPS). *Med. Diss.*, Univ. Hamburg 1974
- Degkwitz, R., Helmchen, H., Mombour, W. (Hrsg.): Diagnosenschlüssel und Glossar psychiatrischer Krankheiten. Deutsche Übersetzung der internationalen Klassifikation der WHO (ICD), 8. Revision, und des internationalen Glossars, 3. Aufl. Berlin-Heidelberg-New York: Springer 1973
- Jacobi, P.: Untersuchungen zur Faktorenstruktur, Zuverlässigkeit und Gültigkeit einer deutschen Bearbeitung der IMPS nach Lorr. *Med. Diss.*, Univ. Hamburg 1974
- Jaspers, K.: Allgemeine Psychopathologie, 8. Aufl. Berlin-Heidelberg-New York: Springer 1965
- Kloos, G.: Grundriß der Psychiatrie und Neurologie, 9. Aufl. München: Müller und Steinecke 1972

- Kraepelin, E.: Psychiatrie, 8. Aufl. Leipzig: J. A. Barth Bd. I 1909, Bd. II 1910, Bd. III 1913, Bd. IV 1915
- Leiber, B., Olbricht, G.: Die klinischen Syndrome. 5. Aufl. 1. Band: Syndrome. München-Berlin-Wien: Urban & Schwarzenberg 1972
- Lorr, M.: Explorations in typing psychotics. Oxford-London-New York-Paris: Pergamon Press 1966
- Lorr, M., Klett, C. J.: Inpatient Multidimensional Psychiatric Scale (IMPS), revised. Manual. Palo Alto, Calif.: Consulting Psychologists Press 1967
- Lorr, M., Klett, C. J., McNair, D. M.: Syndromes of psychosis. Oxford-London-New York-Paris: Pergamon Press 1963a
- Lorr, M., Klett, C. J., McNair, D. M., Lasky, J. J.: Inpatient Multidimensional Psychiatric Scale (IMPS). Palo Alto, Calif.: Consulting Psychologists Press 1963b
- Lorr, M., McNair, D. M., Klett, C. J., Lasky, J. J.: Inpatient Multidimensional Psychiatric Scale (IMPS) revised. Palo Alto, Calif.: Consulting Psychologists Press 1966
- Marks, P. A., Seeman, W.: Actuarial description of abnormal personality. Baltimore: Williams & Wilkins 1963
- Mombour, M.: Verfahren zur Standardisierung des psychopathologischen Befundes. Psychiat. Clin. 5, 73—120, 137—157 (1972)
- Mombour, W.: Symptomhäufigkeiten bei psychiatrischen Erkrankungen. Eine vergleichende Untersuchung mit zwei Schätzskalen für den psychopathologischen Befund (IMPS und AMP-Skala). Arch. Psychiat. Nervenkr. 219, 133—152 (1974)
- Mombour, W., Gammel, G., Zerssen, D. v., Hyse, H.: Die Objektivierung psychiatrischer Syndrome durch multifaktorielle Analyse des psychopathologischen Befundes. Nervenarzt 44, 352—358 (1973)
- Overall, J. E., Klett, C. J.: Applied multivariate analysis. New York u. a. O.: McGraw-Hill Book Comp. 1972
- Scharfetter, C.: Das AMP-System, 2. Aufl. Berlin-Heidelberg-New York: Springer 1972
- Schneider, K.: Klinische Psychopathologie, 8. Aufl. Stuttgart: Thieme 1967
- Wittenborn, J. R., Holzberg, J. D., Simon, B.: Symptom correlates for descriptive diagnosis. Genet. Psychol. Monogr. 47, 237—301 (1953)
- World Health Organization (WHO): The International Pilot Study of Schizophrenia (IPSS). Genf: WHO 1973
- Zerssen, D. v.: Syndrom. In: C. Müller: Lexikon der Psychiatrie. Berlin-Heidelberg-New York: Springer 1973

Dr. med. W. Mombour
 Max-Planck-Institut
 für Psychiatrie
 D-8000 München 40
 Kraepelinstr. 10
 Bundesrepublik Deutschland