

Konzepte und Methoden der Klinischen Psychiatrie

Herausgegeben von W. Gaebel und F. Müller-Spahn

Rolf-Dieter Stieglitz

Diagnostik und Klassifikation in der Psychiatrie

Kohlhammer

Konzepte und Methoden der
Klinischen Psychiatrie

Herausgegeben von
Wolfgang Gaebel
Franz Müller-Spahn

Rolf-Dieter Stieglitz

Diagnostik und Klassifikation in der Psychiatrie

Verlag W. Kohlhammer

Dieses Werk einschließlich aller seiner Teile ist urheberrechtlich geschützt. Jede Verwendung außerhalb der engen Grenzen des Urheberrechts ist ohne Zustimmung des Verlags unzulässig und strafbar. Das gilt insbesondere für Vervielfältigungen, Übersetzungen, Mikroverfilmungen und für die Einspeicherung und Verarbeitung in elektronischen Systemen.

Die Wiedergabe von Warenbezeichnungen, Handelsnamen oder sonstigen Kennzeichen in diesem Buch berechtigt nicht zu der Annahme, dass diese von jedermann frei benutzt werden dürfen. Vielmehr kann es sich auch dann um eingetragene Warenzeichen oder sonstige gesetzlich geschützte Kennzeichen handeln, wenn sie nicht eigens als solche gekennzeichnet sind.

Es konnten nicht alle Rechtsinhaber von Abbildungen ermittelt werden. Sollte dem Verlag gegenüber der Nachweis der Rechtsinhaberschaft geführt werden, wird das branchenübliche Honorar nachträglich gezahlt.

1. Auflage 2008

Alle Rechte vorbehalten

© 2008 W. Kohlhammer GmbH Stuttgart

Umschlag: Gestaltungskonzept Peter Horlacher

Gesamtherstellung:

W. Kohlhammer Druckerei GmbH + Co. KG, Stuttgart

Printed in Germany

ISBN-13: 978-3-17-018944-7

E-Book-Formate:

pdf: ISBN 978-3-17-029479-0

Gewidmet meinem Freund
Dr. phil. Dr. med. Rolf Saupe,
der leider viel zu früh verstorben ist.

Inhalt

Vorwort	11
1 Allgemeine Einführung	13
2 Relevanz von Diagnostik und Klassifikation in der Psychiatrie und Psychotherapie	15
2.1 Allgemeine Überlegungen	15
2.2 Ziele und Funktionen	16
2.3 Dimensionen psychiatrisch-psychotherapeutischer Diagnostik	16
3 Anmerkungen zur historischen Entwicklung diagnostischer Konzepte	21
3.1 Symptomebene	21
3.2 Syndromebene	22
3.3 Störungsebene	23
4 Beschreibungsebenen psychischer Phänomene	27
4.1 Symptomebene	27
4.1.1 Kennzeichen	27
4.1.2 Funktionen	27
4.1.3 Spezielle Aspekte und Problembereiche	28
4.1.3.1 Definitionen und Abstraktionsebenen	29
4.1.3.2 Gruppierung und Systematisierung von Symptomen	32
4.1.3.3 Erfassung und Beurteilung von Symptomen	33
4.1.3.4 Beurteilungsgrundlagen von Symptomen	37
4.1.3.5 Informationserhebung und -bewertung	39
4.1.4 Instrumente auf Symptomebene	41
4.1.5 Evaluationskriterien auf Symptomebene	42
4.1.6 Anwendungsbeispiele	43
4.2 Syndromebene	44
4.2.1 Kennzeichen	44
4.2.2 Funktionen	45
4.2.3 Spezielle Aspekte und Problembereiche	46

Inhalt

4.2.3.1	Auswahl von Verfahren	46
4.2.3.2	Syndrom- und Skalenbildung	48
4.2.3.3	Vor- und Nachteile von Selbst- und Fremdbeurteilungsverfahren	51
4.2.3.4	Übersetzungen fremdsprachiger Verfahren	53
4.2.3.5	Anwendungs- und Indikationsprobleme	54
4.2.3.6	Bezeichnung von Verfahren	56
4.2.3.7	Veränderungsmessung	58
4.2.3.8	Qualifikationen der Anwender	67
4.2.3.9	Interpretation von Skalenwerten	70
4.2.4	Instrumente auf Syndromebene	71
4.2.5	Evaluationskriterien auf Syndromebene	74
4.2.5.1	Psychometrische Evaluationskriterien	76
4.2.5.2	Anwendungsbezogene Evaluationskriterien	82
4.2.6	Anwendungsbeispiele	85
4.3	Störungsebene	87
4.3.1	Kennzeichen	87
4.3.2	Funktionen	90
4.3.2.1	Anwendungsbezogene Aspekte psychiatrischer Klassifikationssysteme	91
4.3.2.2	Forschungsbezogene Aspekte psychiatrischer Klassifikationssysteme	92
4.3.3	Spezielle Aspekte und Problembereiche	93
4.3.3.1	Konzeptuelle und anwendungsbezogene Probleme	93
4.3.3.2	Dimensionalität psychischer Störungen	95
4.3.3.3	Konzipierung von Störungsgruppen mittels mathematisch- statistischer Methoden	96
4.3.3.4	Polydiagnostischer Ansatz	97
4.3.4	Klassifikationssysteme und Instrumente	98
4.3.4.1	Allgemeine Kennzeichen aktueller Klassifikationssysteme	99
4.3.4.2	Klassifikationssysteme der Weltgesundheitsorganisation (WHO)	109
4.3.4.3	Klassifikationssysteme der American Psychiatric Association (APA)	111
4.3.4.4	Gegenüberstellung aktueller Klassifikationssysteme	113
4.3.4.5	Probleme in der praktischen Anwendung von Klassifikationssystemen	124
4.3.4.6	Instrumente auf Störungsebene	126
4.3.5	Evaluationskriterien auf Störungsebene	137
4.3.5.1	Psychometrische Evaluationskriterien	138
4.3.5.2	Anwendungsbezogene Evaluationskriterien	143
4.3.5.3	Strukturelle Evaluationskriterien	144
4.3.6	Anwendungsbeispiele	145
5	Diagnostischer Prozess und multimodale Diagnostik	149
5.1	Diagnostischer Prozess	149
5.1.1	Kennzeichen	149
5.1.2	Problembereiche	153
5.1.3	Anwendungsbeispiel	154
5.2	Multimodale Diagnostik	155
5.2.1	Grundgedanken einer multimodalen Diagnostik	155

5.2.2	Relation von Selbst- und Fremdbeurteilungsverfahren im Rahmen einer multimodalen Diagnostik	156
5.2.3	Anwendungsbeispiel	159
6	Neue Entwicklungen in der psychiatrisch-psychotherapeutischen Diagnostik und Klassifikation	163
6.1	Störungsspezifische Instrumente	163
6.2	Therapiebegleitende Diagnostik	165
6.3	Verbindung dimensionaler und kategorialer Diagnostik	170
6.4	Subsyndromale Diagnostik	172
6.5	Computerisierte Diagnostik	175
6.6	Korrespondierende Selbst- und Fremdbeurteilungsverfahren	177
6.7	Kurzskalen	179
7	Fazit und Perspektiven	183
Literatur	185
Weiterführende Literatur	203

Vorwort

Die psychiatrische Diagnostik und Klassifikation hat seit einigen Jahren nach einer langen Zeit der Stagnation in der Forschung, vor allem aber auch mangelnder Akzeptanz in der Praxis, kontinuierlich an Bedeutung gewonnen. Belege für diese Entwicklung sind eine kaum noch zu überblickende Fülle von Publikationen in Fachzeitschriften zu rein diagnostischen Fragestellungen oder die zunehmende Neu- oder Weiterentwicklung von diagnostischen Verfahren wie auch die Übersetzung und Validierung fremdsprachiger Instrumente. Dieser Aufwärtstrend zeigt sich in einem zunehmenden Angebot an Aus-, Fort- und Weiterbildungsveranstaltungen zur Vermittlung praktischer Fertigkeiten in der Anwendung diagnostischer Verfahren und Methoden.

Die Gründe für diese Entwicklung sind vielfältig:

- Seit Einführung des DSM-III, dem Klassifikationssystem der American Psychiatric Association (APA) Anfang der 80er Jahre, wurde erstmals ein System vorgelegt, dessen Anwendung eine hinreichend reliable Erfassung psychiatrischer Störungen ermöglichte.
- Eine Voraussetzung hierfür war die Definition psychischer Störungen basierend auf expliziten diagnostischen Kriterien (sog. operationalisierte Diagnostik), die zudem eine empirische Überprüfung dieser Störungen im Hinblick auf ihre Validität ermöglichen.
- Die Verfügbarkeit von Instrumenten für die Diagnosenstellung (u. a. Interviews), die nochmals die Zuverlässigkeit der Erfassung erhöhte.

Jedoch nicht nur diese sog. **klassifikatorische Diagnostik** hat weiter an Bedeutung gewonnen, gleiches gilt auch für den Bereich der **symptomatologischen** und **syndromalen Diagnostik**. Hier ist ebenfalls eine Vielzahl von Entwicklungen festzustellen. Dies betrifft vor allem die Entwicklung oder Weiterentwicklung von Untersuchungsverfahren, die in unterschiedlichen Kontexten einsetzbar sind (Grundlagen- sowie Therapie- und Verlaufsforschung) und ein weites Spektrum klinisch relevanter Aspekte abdecken (zunehmende Differenzierung psychischer Phänomene).

Das **Ziel des vorliegenden Bandes** ist, diese Entwicklungen und den aktuellen Stand der psychiatrischen Diagnostik und Klassifikation darzustellen. Im Einzelnen soll dabei auf folgende Bereiche eingegangen werden:

- (1) Zunächst wird eine allgemeine Einführung in die Grundlagen psychiatrisch-psychotherapeutischer Diagnostik und Klassifikation, vor allem begrifflicher Art gegeben.
- (2) Im Anschluss daran wird auf die unterschiedlichen Funktionen und Assessmentziele der psychiatrisch-psychotherapeutischen Diagnostik eingegangen.
- (3) Ein kurzer historischer Abriss soll einerseits die Entwicklung der letzten 50 Jahre skizzieren, andererseits ein Verständnis für die aktuellen Entwicklungstendenzen liefern.
- (4) Kernstück des Buches stellen die drei Unterscheidungsebenen psychiatrischer Diagnostik – Symptom, Syndrom und Diagnose bzw. Störung – dar. Diese werden jeweils umfassend dargestellt hinsichtlich der Bereiche Kennzeichen, Funktionen, spezielle Aspekte und Probleme, Instrumente sowie Evaluationskriterien. Dabei werden vor allem auch anwen-

dungsbezogene Aspekte berücksichtigt und praktische Beispiele zur Veranschaulichung gegeben.

- (5) Im Kapitel zum diagnostischen Prozess und zur multimodalen Diagnostik werden die in den vorausgegangenen Kapiteln diskutierten Aspekte integriert und auf die damit verbundenen Problembereiche eingegangen.
- (6) Die vielfältigen neueren Entwicklungen der letzten Jahre werden in einem eigenen Kapitel aufgegriffen und hinsichtlich ihres Nutzens diskutiert.
- (7) Abschließend werden Defizite und zukünftige Forschungsziele im Bereich der psychiatrisch-psychotherapeutischen Diagnostik und Klassifikation aufgezeigt.

Diagnostik und Klassifikation haben keinen Selbstzweck. Ihnen kommt in der **klinischen Praxis** in der Therapie eine entscheidende Funktion zu. Sind diagnostische Einschätzungen falsch, resultieren daraus oft falsche Behandlungskonsequenzen mit u.U. weitreichenden Folgen für den Patienten und auch das Gesundheitswesen in Folge von Mehrkosten. Erhebungsinstrumente und Klassifikationsansätze, die auch psychometrischen Kriterien genügen, sind daher von großer Bedeutung. Vor allem auch bei Überlegungen zur Qualitätssicherung geht es um den Einsatz adäquater diagnostischer Methoden (Prozessqualität) wie auch um die Evaluation der durchgeführten Maßnahmen (Ergebnisqualität). Jedoch auch in der **Forschung** ist eine reliable und valide Diagnostik eine zentrale Voraussetzung für die Aussagekraft von Studien (externe Validität) und die Vergleichbarkeit von Studien.

1 Allgemeine Einführung

Diagnostik und Klassifikation sind zentrale Begriffe der Psychiatrie, wobei Diagnostik der übergeordnete ist: „Geht man von der Wortbedeutung aus (Dia: durch, hindurch, zwischen, auseinander; Gnosis: Erkenntnis) könnte man Diagnostik als Erkenntnisgewinn zur Unterscheidung von Objekten auffassen“ (Wottawa und Hossiep 1987, S. 3). Klassifikation bedeutet sowohl die Einteilung und Anordnung von klinisch bedeutsamen Phänomenen (z.B. Symptome), die durch gemeinsame Merkmale gekennzeichnet sind, in ein nach Klassen eingeteiltes System (= Klassifikationssystem; vgl. auch Abschnitt 4.3) als auch den Vorgang der Zuordnung (in diesem Fall einer Person) zu vorgegebenen Klassen (Baumann und Stieglitz 2005).

Aufgrund des größeren Bedeutungsumfangs des Begriffs Diagnostik soll auf diesen zunächst ausführlicher eingegangen werden. Psychiatrische Diagnostikkonzepte sind eng mit psychologischen Ansätzen verbunden. Jäger (1988b, S. 3) definiert die psychologische Diagnostik als

„eine wissenschaftliche Disziplin. Ihre Funktion besteht darin, eine Methodologie zu entwickeln und anzuwenden. Die Methodologie wird aufgefasst als das Ingesamt von Regeln, Anleitungen, Algorithmen etc. zur Bereitstellung von Instrumenten. Sie dient sowohl der Gewinnung psychologisch relevanter Charakteristika von Merkmalsträgern als auch der Integration gegebener Daten zu einem Urteil. Außerdem wird sie eingesetzt zur Vorbereitung und Evaluation von Entscheidungen. Als Merkmalsträger gelten Einzelpersonen und Personengruppen, Institutionen, Situationen, Gegenstände etc. Die Methodologie kommt in der praktischen Tätigkeit beim Diagnostizieren und Prognostizieren zum Tragen.“

Eine Erweiterung dieser Überlegungen durch Einbeziehung von Veränderungsprozessen als Gegenstand der Diagnostik findet sich bei Amelang und Zielinski (1997, S. 3):

„Psychodiagnostik ist eine Methodenlehre im Dienste der Angewandten Psychologie. Soweit Menschen die Merkmalsträger sind, besteht die Aufgabe darin, interindividuelle Unterschiede im Verhalten und Erleben sowie intraindividuelle Merkmale und Veränderungen einschließlich ihrer jeweils relevanten Bedingungen zu erfassen, dass hinlänglich präzise Vorhersagen künftigen Verhaltens und Erlebens sowie deren evtl. Veränderungen in definierten Situationen möglich werden.“

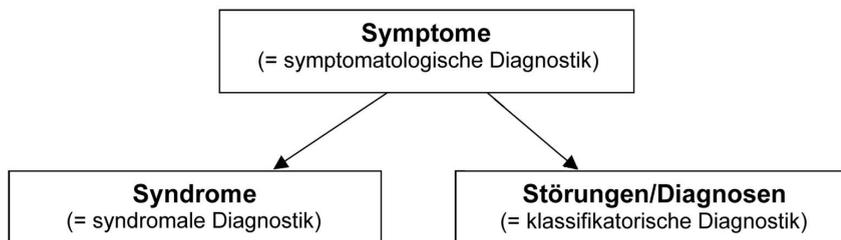


Abb. 1: Beschreibungsebenen psychischer Phänomene

1 Allgemeine Einführung

Im Folgenden soll der Begriff der psychiatrischen Diagnostik als Oberbegriff zur Kennzeichnung einer Vielzahl verschiedener Ansätze auf sehr unterschiedlichen Ebenen verwendet werden.

In der Psychiatrie werden verschiedene begriffliche Unterscheidungen bezüglich der hierarchisch anzuordnenden Beschreibungsebenen zur Kennzeichnung psychischer Phänomene getroffen (vgl. Abbildung 1). Die elementarste Ebene stellt das sog. **Symptom** dar. Interindividuell überzufällig häufig gemeinsam auftretende Symptome oder Symptomkomplexe werden in der Regel als **Syndrome** bezeichnet. Syndrome werden zu **Störungen**, wenn es Belege dafür gibt, dass die Konstellation von Symptomen als nicht unabhängig voneinander anzusehen ist. Hinweise hierfür ergeben sich z.B. aus dem natürlichen Verlauf von Störungen, der Familiengeschichte oder eventuellen biologischen Korrelaten. Der Begriff der Störung hat sich inzwischen auch im Bereich psychiatrischer Klassifikationssysteme eingebürgert und die Kennzeichnung derartiger Störungen soll im Folgenden zur Vereinfachung mit dem Begriff der **Diagnose** gleichgesetzt werden. Auf der höchsten Ebene ist der Begriff der **Krankheit** anzusiedeln. Von Krankheit spricht man dann, wenn für einzelne Störungskomplexe eine spezifische, gemeinsame Ätiologie und, wenn möglich, auch ein einheitliches Ansprechen auf Therapie angenommen werden kann. Die meisten psychiatrischen Krankheiten können im Gegensatz zu somatischen Erkrankungen auf diesem Abstraktionsniveau bisher nicht definiert werden und sind daher primär auf der Störungsebene anzusiedeln. Der Begriff der Störung wurde z.B. in der ICD-10 zudem eingeführt, um die nicht unproblematischen Begriffe Krankheit oder Erkrankung zu vermeiden. Entsprechend den verschiedenen Beschreibungsebenen soll nachfolgend auch von der **symptomatologischen, syndromalen oder klassifikatorischen Diagnostik** gesprochen werden.

Neben der Differenzierung auf diesen unterschiedlichen Beschreibungsebenen psychischer Phänomene sind noch weitere Unterscheidungen zu treffen. Unter einer **Klinischen Diagnostik** soll nach Stieglitz (2006a) die zielgerichtete Anwendung der Methoden, Verfahren und Strategien der psychologischen Diagnostik auf Fragestellungen der Klinischen Psychologie, Psychiatrie und Psychotherapie verstanden werden. Es geht dabei um die Messung und Beschreibung intra- wie interindividueller psychischer/psychologischer Unterschiede, wobei vor allem der intraindividuelle Aspekt (Veränderung) von besonderer Bedeutung ist.

Psychiatrische und Klinische Diagnostik ist im Wesentlichen eine Diagnostik, die unterschiedliche Ebenen im Sinne eines **multimodalen Ansatzes** (vgl. auch Abschnitt 5.2) berücksichtigen muss. Der **biologischen Datenebene** kommt eine besondere Bedeutung zu, sie ist jedoch im Hinblick auf die Diagnostik psychischer Störungen am wenigsten weit elaboriert. Bisher lassen sich für die meisten psychischen Störungen kaum eindeutige bzw. nur inkonsistente Beziehungen zwischen psychischen und biologischen Phänomenen nachweisen, die eine hinreichend zuverlässige Erstellung einer Nosologie (Krankheitslehre) ermöglichen bzw. die Möglichkeit einer Diagnosenstellung erlauben. Von daher steht in der vorliegenden Arbeit die **psychologische Datenebene** (vgl. hierzu im Detail Abschnitt 5.2) im Zentrum der Ausführungen. Dabei sollen die Möglichkeiten und Grenzen der Erfassung psychiatrisch relevanter Phänomene auf der psychologischen Datenebene im Vordergrund stehen. Der Schwerpunkt liegt weiterhin auf den Teilbereichen Erleben und Verhalten, denen in Praxis wie Forschung die größte Bedeutung zukommt. Ausführliche Darstellungen zur biologischen Datenebene finden sich in Lehrbüchern wie Berger (2004), Gaebel und Müller-Spahn (2002) sowie Möller (2006).

2 Relevanz von Diagnostik und Klassifikation in der Psychiatrie und Psychotherapie

2.1 Allgemeine Überlegungen

Diagnostik und Klassifikation haben vor allem in den letzten Jahrzehnten eine zunehmende Bedeutung bekommen. Während früher beide unter Begründungen wie Stigmatisierung oder Belastung der therapeutischen Beziehung oft eher kritisch gesehen bzw. sogar abgelehnt wurden, wird ihre Bedeutung heute kaum noch in Frage gestellt. Hierfür sind verschiedene Entwicklungen verantwortlich (s. im Detail Kapitel 3):

- Operationalisierung psychischer Störungen (vgl. Abschnitt 4.3),
- Zunahme von Verfahren, vor allem solchen, die auch für den Anwender in der Behandlung relevant sind (u. a. Evaluation Therapieerfolg; s. Abschnitt 4.2),
- externe Forderungen nach Qualitätssicherung,
- Entwicklung von neuen Therapieverfahren, deren Wirksamkeit entsprechend belegt werden muss,
- Entwicklung von Leitlinien, in denen mehr oder weniger differenziert Anforderungen an eine qualifizierte Diagnostik formuliert werden.

Tab. 2.1: Aufgaben der Diagnostik in der Psychotherapie in Anlehnung an Laireiter (2000)

Aufgaben	Funktionen
Beschreibung und Identifikation	Deskriptive Funktion
Konzeption therapeutischer Problemstellungen	Fallkonzeption
Selektion therapeutischer Ziel- und Problembereiche	Therapiezielbestimmung
Klassifikation (Diagnosestellung, ggf. Komorbidität, Differentialdiagnose)	Klassifikatorische Funktion
Selektion von Interventionsstrategien, Zuweisung zu spezifischen therapeutischen Interventionen	indikative Funktion (Indikation)
Prognose der Entwicklung der Symptomatik (Verlauf), Therapieresponse, Therapieerfolg usw.	prognostische Funktion
Verlaufs- und Qualitätskontrolle sowie Therapie- und Prozesssteuerung	Kontroll- und Steuerungsfunktion
Dokumentation	Dokumentationsfunktion
Evaluation und Erfolgsmessung	evaluative Funktion
Therapie	therapeutische Funktion

2.2 Ziele und Funktionen

Perrez (1985) unterscheidet bezogen auf die klinisch-psychologische Diagnostik folgende Funktionen, die auch auf den psychiatrisch-psychotherapeutischen Bereich übertragen werden können (s.a. Baumann und Stieglitz 2003):

- Beschreibung,
- Klassifikation,
- Erklärung,
- Prognose,
- Evaluation.

Beschreibung umfasst die Quantifizierung des Ausgangszustandes und ggf. seiner Veränderung. Unterschieden wird dabei zumeist zwischen folgenden Ebenen: Symptom – Syndrom – Diagnose/Störung (vgl. im Detail auch Kapitel 1). *Klassifikation* umfasst die Zuordnung einer Person zu Klassen eines Klassifikationssystems (Diagnosen) sowie die Zuweisung zu Interventionen. *Erklärung* beinhaltet den Beitrag erhobener Informationen und Daten zum Verständnis z.B. der Entstehung psychischer Störungen. *Prognose* bedeutet die Vorhersage des natürlichen oder durch Interventionen beeinflussten Verlaufs psychischer Störungen und *Evaluation* die Bewertung der z.B. durch Interventionen induzierten Veränderungen. Im Hinblick auf die Psychotherapie spezifiziert Laireiter (2000) diese Aspekte weiter, wie sie in Tabelle 2.1 aufgeführt sind.

2.3 Dimensionen psychiatrisch-psychotherapeutischer Diagnostik

Versucht man eine Systematisierung diagnostischer Dimensionen, so bieten sich als Ausgangspunkt die Überlegungen von Pawlik (1976) an. Er differenziert zwischen Status- vs. Prozessdiagnostik, norm- vs. kriterien-

orientierter Diagnostik, Testen vs. Inventarisieren, Diagnostik als Messung vs. Diagnostik als Information für und über Behandlung. **Statusdiagnostik** beinhaltet die Erfassung eines interessierenden Phänomens zu einem definierten Zeitpunkt (z.B. Stärke des depressiven Syndroms zu Therapiebeginn), **Prozess- oder Verlaufsdagnostik** die kontinuierliche oder auf bestimmte Messzeitpunkte festgelegte Erfassung von Merkmalen (z.B. Veränderung der Depressivität im Verlauf einer Therapie). **Normorientierte Diagnostik** zielt darauf ab, die relative Position einer Person in Bezug zu einer definierten Vergleichspopulation zu bestimmen (z.B. Ausmaß der Depressivität eines Patienten im Vergleich zu Gesunden), eine **kriterienorientierte Diagnostik** dagegen versucht zu erfassen, inwieweit ein Patient ein definiertes Kriterium oder (Therapie-)Ziel erreicht (z.B. Erfüllung von Alltagsanforderungen). **Testen** beinhaltet die Bewertung von z.B. Symptomen mittels einer Ratingskala und dadurch die Quantifizierung eines Syndroms. Beim **Inventarisieren** dagegen geht es um die (vollständige) nicht quantifizierende Erfassung von Phänomenen (z.B. Zusammenstellung aller depressiver Kognitionen). **Diagnostik als Messung** dient der Quantifizierung von Merkmalen (z.B. depressives Syndrom), während **Diagnostik als Information für und über Behandlung** die direkte Umsetzung diagnostischer Informationen zur Therapieplanung und -durchführung beinhaltet (z.B. Erfassung der Veränderung der Therapiestrategien bei persistierender Symptomatik mittels einer Ratingskala; vgl. auch Abschnitt 4.2.6).

Diese Dimensionen haben auch Ihre Gültigkeit für die klinisch-psychologische und psychiatrische Diagnostik, wie auch wiederholt anderen Orts gezeigt werden konnte (z.B. Baumann 1990; Stieglitz 2000). Im Hinblick auf die speziellen Funktionen einer psychiatrisch-psychotherapeutischen Diagnostik sind jedoch einige Ergänzungen bzw. Erweiterungen sinnvoll, wie sie in Tabelle 2.2 aufgeführt sind.

Tab. 2.2: Dimensionen einer Klinischen Diagnostik (Stieglitz 2006 a)

Dimensionen	Diagnostische Zielsetzungen
unimodal	Erfassung Facette, Ausschnitt
⇕	⇕
multimodal	Erfassung eines weiten Spektrums (Breitbanderfassung)
dimensional	Schweregraderfassung, Quantifizierung
⇕	⇕
kategorial	Klassifikation
störungsübergreifend	universelle und vergleichende Erfassung
⇕	⇕
störungsbezogen	spezielle und konstruktnahe Erfassung
theoriebezogen	therapieorientierte/interventionsspezifische Erfassung
⇕	⇕
nicht-theoriebezogen	allgemeine Einsetzbarkeit
Statusdiagnostik	Ist-Zustand (diagnostisch oder prognostisch)
⇕	⇕
Verlaufsdagnostik	Prozess- oder Veränderungserfassung

- **uni- versus multimodal**

Unter einer **unimodalen Diagnostik** soll die Anwendung *eines* Verfahrens oder *einer* Verfahrensgruppe verstanden werden. So kann etwa der Einsatz des *Beck-Depressions-Inventars (BDI)* zur Schweregradquantifizierung im Therapieverlauf hilfreich sein, um den Therapiefortschritt zu evaluieren (vgl. auch Anwendungsbeispiel in Abschnitt 4.2). Eine unimodale Diagnostik wird jedoch den vielfältigen Facetten psychischer Störungen oft nicht gerecht. So lässt sich z.B. der depressive Patient über das Depressive hinaus durch verschiedene andere, klinisch relevante Merkmale charakterisieren (z.B. Ängstlichkeit, soziale Unsicherheit, körperliche Beschwerden). Davon abzugrenzen ist daher eine sog. **multimodale oder multimethodale Diagnostik** (Seidenstücker und Baumann 1987; im Überblick Baumann und Stieglitz 2001), wie sie zwischenzeitlich als Standard akzeptiert wird, vor allem im Bereich der Forschung. Hier ist das Ziel, den vielfältigen Facetten eines Menschen dadurch gerecht zu werden, alle relevanten Ebenen zu berücksichtigen und mittels geeigneter Methoden und Instrumente abzubilden. In der klini-

schen Praxis ist eine derartige, alle Aspekte der Störung berücksichtigende Diagnostik jedoch ein Ideal, das kaum bei jedem Patienten realisierbar ist. Hier gilt es im Einzelfall das im Hinblick auf das oder die im Vordergrund stehenden Assessmentziele entsprechende Verfahren auszuwählen. Ausführlich wird hierauf in Abschnitt 5.2 eingegangen.

- **dimensional versus kategorial**

Die Klinische Diagnostik befindet sich im Schnittpunkt der Anforderungen und Denkweisen der Klinischen Psychologie und der Psychiatrie. Während erstere ihren Ursprung in der Psychologie hat und damit eine eher dimensionale Betrachtungsweise psychischer Phänomene im Blickfeld hat (z.B. unterschiedliche Dimensionen zur Beschreibung der Persönlichkeit wie Extraversion oder Neurotizismus), ist die psychiatrische Denkweise eher einer kategorialen Betrachtungsweise psychischer Störungen verpflichtet (z.B. Schizophrenie: vorhanden oder nicht vorhanden). Beide Zugangsweisen zur Charakterisierung psychischer Störungen lassen sich zudem durch weitere Unterschiede kennzeichnen (vgl. Maier und Philipp 1993

2 Relevanz von Diagnostik und Klassifikation in der Psychiatrie und Psychotherapie

Tab. 2.3: Unterschiede zwischen kategorialer und dimensionaler Diagnostik
(in Anlehnung an Maier und Philipp 1993)

kategoriale Diagnostik	dimensionale Diagnostik
klassifikatorische Zuordnung	Schweregradbestimmung
Beurteilungszeitraum Krankheitsepisode	Beurteilungszeitraum meist eine Woche
Beurteilung der Symptome nach vorhanden/ nicht vorhanden	Beurteilung der Symptome meist nach Inten- sität (z.B. nicht vorhanden-leicht-mittel-schwer; z.T. nach Dauer, Häufigkeit)
z.T. unterschiedliche Gewichtung von Symptomen	gleiche Gewichtung von Symptomen
z.T. Subtypisierung anhand bestimmter Symptommuster (z.B. paranoide Schizophrenie)	Beurteilung der Gesamtheit der Symptome eines bestimmten Syndroms (z.B. depressives Syndrom)
Prognosestellung, Identifikation homogener Patientengruppen, Therapieindikation	Deskription im Querschnitt und im Verlauf, Bewertung von Therapieeffekten

sowie Abschnitt 4.2 und 4.3), wie sie in Tabelle 2.3 aufgeführt sind. Zunehmend findet sich jedoch eine Konvergenz der dimensionalen und kategorialen Sichtweisen zumindest auf der Ebene der Messinstrumente, wo versucht wird, beide zu integrieren (vgl. Abschnitt 6.3).

- **störungsübergreifend versus störungsbezogen**

Entsprechend den unterschiedlichen Anforderungen und Zielvorstellungen einer Klinischen Diagnostik bedarf es des Einsatzes unterschiedlicher Verfahren. Gilt es z.B. im Rahmen einer Ambulanz eine Standardtestbatterie zur Dokumentation *aller* Patienten oder auch eine Basisdokumentation stationär behandelter Patienten zusammenzustellen, sind andere Verfahren zu berücksichtigen als bei der Zusammenstellung einer Testbatterie für Patienten z.B. mit einer sozialen Phobie. Hier bietet sich eine Unterscheidung zwischen einer störungsübergreifenden vs. störungsbezogenen Diagnostik an. Bei **störungsübergreifenden Verfahren** handelt es sich um solche, die bei (fast) allen Störungsgruppen anwendbar sind. Exemplarisch zu nennen ist auf der Ebene der Selbstbeur-

teilungsverfahren die *Symptom Checkliste* (SCL-90-R, Franke 2002), auf der Ebene der Fremdbeurteilungsverfahren das *AMDP-System* (vgl. im Überblick Stieglitz 2000 sowie Abschnitt 4.1).

Demgegenüber finden sich Verfahren, die von der Grundintention her im Hinblick auf bestimmte Störungsgruppen entwickelt worden sind, sog. **störungsbezogene Verfahren**. Dies gilt vor allem für Verfahren aus dem Depressionsbereich (vgl. Stieglitz 2000), wie z.B. die *Hamilton-Depressions-Skala* (HAMD), die *Montgomery-Åsberg-Depressions-Rating-Skala* (MADRS) oder die *Bech-Rafaelsen-Melancholie-Skala* (BRMS). Alle wurden ursprünglich nur für Patienten mit einer Depression entwickelt, finden oft jedoch auch bei anderen Störungen Anwendung, wobei dies nicht unproblematisch ist (z.B. unterschiedliche Dimensionalität; vgl. Abschnitt 4.2). Im Zusammenhang mit einer zunehmenden Differenzierung therapeutischer Interventionen zeigt sich jedoch auch eine Zunahme von Verfahren, die sich stark an Störungen und deren Operationalisierung in Klassifikationssystemen orientieren (vgl. Abschnitt 6.1).

- **theoriebezogen versus nicht-theoriebezogen**

Mit der oben erwähnten Unterscheidung einer störungsbezogenen bzw. störungsübergreifenden Diagnostik eng zusammenhängend ist auch die Differenzierung einer an einer (Therapie-)Theorie orientierten Diagnostik und einer solchen ohne eine spezielle Orientierung an einer Theorie, eine sog. **nicht-theoriebezogene Diagnostik**. Betrachtet man die meisten diagnostischen Verfahren, die in der Psychiatrie und Psychotherapie Anwendung finden, so zeigt sich, dass diese nicht der theoriebezogenen Richtung zuzuordnen sind. So ist z.B. die am häufigsten eingesetzte Depressionsskala, die HAMD, aus keiner spezifischen Theorie abgeleitet; implizit kann man jedoch am Inhalt der Skala erkennen, dass sich der Autor stark am Konzept der in den 60er Jahren favorisierten endogenen Depression orientiert hat, in der vor allem auch somatische Symptome (z.B. Schlafstörungen, Appetit) eine wichtige Rolle spielen (vgl. Stieglitz 2000).

Im Kontext der nicht-theoriebezogenen Diagnostik wird auch das Problem der **technologischen Auswahl** von Verfahren diskutiert (Baumann und Stieglitz 2003): Oft werden Verfahren ausgewählt oder müssen sogar ausgewählt werden, weil sie sich bewährt bzw. weil sie den Status eines „Goldstandards“ erworben haben. Als Beispiel zu nennen ist wiederum die HAMD, die trotz hinreichend bekannter psychometrischer Schwächen (vgl. im Überblick Stieglitz 1998) in fast jeder Depressionsstudie zur Anwendung kommt, meist sogar als Hauptoutcome (vgl. im Detail auch Abschnitt 4.2). An einer Theorie orientierte Verfahren sind dagegen

eher selten. Ausnahmen stellen die von der Arbeitsgruppe um A. T. Beck und der kognitiven Theorie und Therapie abgeleiteten Verfahren dar. Zu den meisten der von Beck als relevant angesehenen Dimensionen und Bereiche existieren entsprechende diagnostische Verfahren (vgl. im Überblick Stieglitz 2004 sowie Abschnitt 6.2).

- **Statusdiagnostik versus Verlaufsdiagnostik**

Eine klassische Unterscheidung, die auch bereits bei Pawlik (1976) aufgeführt wurde, betrifft diejenige zwischen einer Status- und Verlaufsdiagnostik. Unter einer **Statusdiagnostik** versteht man die Erfassung eines Merkmals (meist auch Quantifizierung) zu einem definierten Zeitpunkt. Davon abzugrenzen ist die **Verlaufsdiagnostik**, die durch die wiederholte Anwendung diagnostischer Verfahren gekennzeichnet ist. Dies kann unter verschiedenen Zielvorstellungen erfolgen, wie Therapieprozess, Therapiefortschritt oder Therapieerfolg (vgl. auch Abschnitt 6.2). Dabei stehen jeweils unterschiedliche Ziele im Vordergrund. Therapiefortschritt und -erfolg sind dagegen mit der Bewertung der Effektivität der Behandlung verbunden (Stichwort: Veränderungsmessung), d.h. es geht darum, inwieweit die Therapie voranschreitet, Zwischenerfolge erkennen lässt bzw. am Ende den angestrebten Erfolg auch tatsächlich hat. Die meisten der zur Verfügung stehenden Verfahren lassen sich prinzipiell für beide Fragestellungen einsetzen. Auf unterschiedliche Möglichkeiten der Verlaufsdiagnostik und der damit oft verbundenen **Veränderungsmessung** wird in Abschnitt 4.2 näher eingegangen.

