



Knappe • Härtling

# Diagnostik und Verhaltensanalyse

Techniken der Verhaltenstherapie



ARBEITSMATERIAL

**BELTZ**

Knappe • Härtling

## Diagnostik und Verhaltensanalyse



**Mit dem untenstehenden Download-Code erhalten Sie die PDF-Version dieses Buches inkl. aller Arbeitsmaterialien.**

**So laden Sie Ihr E-Book inside herunter:**

1. Öffnen Sie die Website: <http://www.beltz.de/ebookinside>
2. Geben Sie den untenstehenden Download-Code ein und füllen Sie das Formular aus.
3. Mit dem Klick auf den Button am Ende des Formulars erhalten Sie Ihren persönlichen Download-Link [Für den Einsatz des E-Books in einer Institution fragen Sie bitte nach einem individuellen Angebot unseres Vertriebs: [vertrieb@beltz.de](mailto:vertrieb@beltz.de). Nennen Sie uns dazu die Zahl der Nutzer, für die das E-Book zur Verfügung gestellt werden soll.]
4. Beachten Sie bitte, dass der Code nur einmal gültig ist. Bitte speichern Sie die Datei auf Ihrem Computer.

**Download-Code**



Susanne Knappe • Samia Härtling

# Diagnostik und Verhaltensanalyse

Techniken der Verhaltenstherapie (Hrsg. von Peter Neudeck)

Mit E-Book-inside und Arbeitsmaterial

**BELTZ**

*Anschriften der Autorinnen:*

PD Dr. Susanne Knappe  
Technische Universität Dresden  
Institut für Klinische Psychologie und Psychotherapie  
Chemnitzer Str. 46  
01187 Dresden  
E-Mail: Susanne.Knappe@tu-dresden.de

Dr. Samia Härtling  
Technische Universität Dresden  
Institut für Klinische Psychologie und Psychotherapie  
Chemnitzer Str. 46  
01187 Dresden  
E-Mail: Samia.Haertling@tu-dresden.de

Reihe »Techniken der Verhaltenstherapie«

Herausgeber:  
Dr. Peter Neudeck  
Praxis in der Salzgasse  
Salzgasse 7  
50667 Köln

Das Werk einschließlich aller seiner Teile ist urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung ist ohne Zustimmung des Verlags unzulässig. Das gilt insbesondere für Vervielfältigungen, Übersetzungen, Mikroverfilmungen und die Einspeicherung und Verarbeitung in elektronische Systeme.

Dieses Buch ist erhältlich als:  
ISBN 978-3-621-28353-3 Print  
ISBN 978-3-621-28283-0 E-Book (PDF)

1. Auflage 2017

© 2017 Programm PVU Psychologie Verlags Union  
in der Verlagsgruppe Beltz • Weinheim Basel  
Werderstraße 10, 69469 Weinheim  
Alle Rechte vorbehalten

Lektorat: Dr. Svenja Wahl  
Umschlagbild: iStock / Yangna

Herstellung: Uta Euler

Weitere Informationen zu unseren Autoren und Titeln finden Sie unter: [www.beltz.de](http://www.beltz.de)

# Inhaltsübersicht

Vorwort	9
<b>1</b> Klinische Diagnostik psychischer Störungen	11
<b>2</b> Methoden der Datenerhebung	50
<b>3</b> Diagnostik in verschiedenen Settings	87
<b>4</b> Fallkonzeption Teil 1: Überblick	105
<b>5</b> Fallkonzeption Teil 2: Problemanalyse auf der Makroebene	124
<b>6</b> Fallkonzeption Teil 3: Problemanalyse auf der Mikroebene	131
<b>7</b> Diagnostische Parameter und die Güte diagnostischer Entscheidungen	142
<b>Anhang</b>	157
Prüfungsfragen	158
Hinweise zum Arbeitsmaterial	161
Literaturverzeichnis	171
Sachwortverzeichnis	181



# Inhalt

Vorwort	9
<b>1 Klinische Diagnostik psychischer Störungen</b>	11
1.1 Ziele und Aufgaben klinischer Diagnostik	11
1.2 Statusdiagnostik	14
1.2.1 Klassifikatorische diagnostische Ansätze	15
1.2.2 Dimensionale diagnostische Ansätze	17
1.3 Therapiebegleitende Diagnostik	19
1.3.1 Verlaufsdiagnostik	19
1.3.2 Prozessdiagnostik	25
1.4 Klinische Entscheidungen und diagnostische Fehler	27
1.4.1 Klinische Entscheidungsfindung als formalisierter Prozess	27
1.4.2 Partizipative Entscheidungsfindung und Patientenpräferenzen	29
1.4.3 Diagnostische Fehlerquellen	31
1.5 Rechtliche Aspekte	37
1.5.1 Schweigepflicht	37
1.5.2 Aufklärungspflicht	42
1.5.3 Einwilligung und Einwilligungsfähigkeit	43
1.5.4 Dokumentations- und Mitteilungspflicht	43
1.6 Ethische Aspekte	45
<b>2 Methoden der Datenerhebung</b>	50
2.1 Aller Anfang ist ... schwer? – Kontaktaufnahme, erste Exploration und Gesprächsverhalten	52
2.2 Standardisierte oder strukturierte diagnostische Interviews	57
2.3 Symptomübergreifende Rating- und Beurteilungsskalen	63
2.4 Das AMDP-System	65
2.5 Exkurs: Der psychopathologische Befund	67
2.6 Verhaltensbeobachtungen	70
2.7 Symptomspezifische Skalen	71
2.8 Selbstbeobachtungen, Verhaltensproben und Verhaltenstests	77
2.9 Somatische Differenzialdiagnose	80
2.10 Mehrebenendiagnostik	82
2.11 Befundbesprechung	84
<b>3 Diagnostik in verschiedenen Settings</b>	87
3.1 Diagnostik mit und bei Paaren	87
3.2 Diagnostik mit und in Familien	95



3.3	Diagnostik in Gruppen	101
3.3.1	Diagnostik zur Indikationsstellung für Gruppentherapie	101
3.3.2	Diagnostik des Gruppenprozesses	103
<b>4</b>	<b>Fallkonzeption Teil 1: Überblick</b>	105
4.1	Problembeschreibung und Erstgespräch	106
4.2	Erstellen einer Diagnose	107
4.3	Auftrags- und Zielklärung	109
4.4	Indikation und Kontraindikation für eine psychotherapeutische Behandlung	112
4.5	Abschätzung der Prognose	116
4.6	Therapieziele und Therapieplanung	117
4.7	Informed Consent: Therapievereinbarung	121
<b>5</b>	<b>Fallkonzeption Teil 2: Problemanalyse auf der Makroebene</b>	124
<b>6</b>	<b>Fallkonzeption Teil 3: Problemanalyse auf der Mikroebene</b>	131
6.1	SORKC-Modell	131
6.2	Problemanalyse nach Bartling	137
<b>7</b>	<b>Diagnostische Parameter und die Güte diagnostischer Entscheidungen</b>	142
7.1	Reliabilität	143
7.2	Validität	145
7.3	Sensitivität und Spezifität	147
7.4	Bestimmung klinisch relevanter Differenzen und Veränderungen	149
7.5	Das Testbeurteilungssystem TBS-TK	154
	<b>Anhang</b>	157
	Prüfungsfragen	158
	Hinweise zum Arbeitsmaterial	161
	Literaturverzeichnis	171
	Sachwortverzeichnis	181

# Vorwort

Erkrankte Menschen dürfen eine professionelle, wissenschaftlich fundierte und präzise Diagnostik ihrer Beschwerden erwarten. Das Ergebnis des diagnostischen Prozesses entscheidet über die Zuweisung zu Behandlern und Behandlungsstrategien und damit letztlich über das »Wohl und Wehe« der Patienten.

Wir arbeiten seit vielen Jahren in der Lehre im Bereich klinisch-psychologischer Diagnostik. Es ist in jedem Semester wieder erstaunlich, wie überrascht unsere Studierenden reagieren, wenn wir sie auffordern, Kernmerkmale und Einzelkriterien der wichtigsten psychischen Störungen auswendig zu lernen. Sie fragen uns oft: »Wozu brauchen wir das? Wir können Patienten doch in Ruhe zu allem befragen, dazu Leitfäden, Fragebögen und Interviews nutzen«. Im Idealfall ist das so – in der Praxis sieht es jedoch leider allzu oft anders aus: Innerhalb von wenigen Minuten Erstgespräch ist zu entscheiden, ob ein Hilfesuchender stationär, tagesklinisch oder ambulant weiterzubehandeln ist oder ob er als weitgehend gesund mit seinem Anliegen an eine Beratungsstelle verwiesen werden kann. Auch in Einzeltherapien wünschen Patienten häufig bereits nach dem Erstgespräch eine Rückmeldung, ob sie hier »an der richtige Adresse« seien. Auch wenn sich natürlich immer eine weiterführende Diagnostik an das Erstgespräch anschließt: Eine grobe diagnostische Einschätzung muss in der Praxis sehr häufig in sehr kurzer Zeit gelingen. Dafür ist es eine unschätzbare Hilfe, die Diagnosekriterien einzelner Störungen im Hinterkopf zu haben und sie als inneren Leitfaden für die Exploration zur Verfügung zu haben. Selbst kritische Studierende sind im Regelfall spätestens nach ihrem ersten Patientenkontakt überzeugt, dass diese Einstellung hilfreich ist – auch wenn das Auswendiglernen von Diagnosekriterien noch lange keine gute Diagnostik prognostiziert und vor voreiligen diagnostischen Festlegungen gewarnt werden muss. Diagnostische Gesprächsführung, Herstellung der therapeutischen Beziehung, Umgang mit heiklen Themen oder mit Gefühlsausbrüchen – dies alles findet ebenfalls im Erstgespräch statt und soll eine angemessene Berücksichtigung finden. Eine Menge paralleler Aufgaben, die gerade bei Berufsanfängern häufig zu einem Gefühl der Überforderung führt.

Auch von erfahrenen Kollegen hört man immer wieder, dass sie bei Patienten einen wichtigen Problembereich übersehen, nicht hinterfragt oder falsch zugeordnet haben und dass die Behandlung erst nach Aufklärung dieser Fehlinformation besser voranging. Und auch das darf eher als glücklicher Verlauf betrachtet werden. Es gibt vermutlich eine Menge Behandlungen, die gar nicht oder nicht so optimal wie möglich abgeschlossen werden, weil Problembereiche nicht ausreichend diagnostisch erfasst wurden.

Als Forscherinnen arbeiten wir beide im Bereich der Sozialen Angststörung. Gerade bei dieser »stillen Störung« erleben wir es immer wieder, dass sie diagnostisch nicht erfasst wird. Dies geschieht einerseits, weil von Therapeutenseite her nicht danach

gefragt wurde. Dieses Nicht-Erfragen basiert häufig auf einem Missverständnis, weil viele Patienten mit Sozialer Angststörung sich im Einzelkontakt nach kurzer Zeit gut öffnen können und wenig ängstlich oder sozial eingeschränkt erscheinen. Andererseits wird das Störungsbild aber auch nicht erfasst, weil Betroffene ihre Soziale Angststörung nicht als behandelbare Störung begreifen, sondern als immanente Eigenschaft ihrer Person. Entsprechend berichten sie nicht von sich aus über Angst in sozialen Situationen, wenn sie frei nach Problembereichen befragt werden. Oft kommen Patienten erst mit sekundären Angststörungen oder depressiven Störungen in die Psychotherapie. Diese klingen jedoch nur dann erfolgreich und stabil ab, wenn auch die soziale Angst behandelt wurde – und dafür ist ein diagnostisches Erkennen des primären Problems unerlässlich.

Diese Beispiele für Fehler und Mängel im diagnostischen Alltag mögen unsere Motivation demonstrieren, ein Buch zur Diagnostik und Verhaltensanalyse zu verfassen. Die Berufsordnung der Psychotherapeuten verlangt eine Behandlung nach aktuellsten Standards. Voraussetzung dafür ist auch eine strukturierte Diagnostikphase, welche potenzielle Fehlerquellen klinischer Urteile minimiert. Eine gänzlich fehlende oder unstrukturierte Diagnostik birgt die Gefahr, relevante Problembereiche und Störungen zu übersehen und die Behandlung fehlerhaft zu planen. Dies stellt letztlich einen groben Behandlungsfehler dar.

Zugleich erleben wir in der klinischen Praxis immer wieder, wie entlastend es für Patienten sein kann, zu wissen, wie ihre Störung heißt. Den Problemen einen Namen zu geben, aus epidemiologischen Daten zu erfahren, dass auch viele andere unter ähnlichen Problemen leiden und dass diese letztendlich behandelbar sind, beugt der (Selbst-)Stigmatisierung vor und kann so auch direkte therapeutische Wirkung entfalten.

Wir sind überzeugt: Der diagnostische Prozess zu Beginn, aber auch im Verlauf, einer Behandlung, ist so zentral, dass es sich besonders lohnt, Zeit und Ressourcen zu investieren. So vielfältig und anspruchsvoll der diagnostische Prozess auch ist: Er ist lernbar und trainierbar. Dazu möge dieses Buch als praktischer Leitfaden und Nachschlagewerk beitragen.

Während der Entstehung dieses Buches haben uns viele Personen unterstützt. Unser Dank gilt Dipl.-Psych. Gesine Wieder, Dipl.-Psych. Katharina Schierz und Enrico Asmuß für ihre Zuarbeiten sowie M. Sc. Benita Titze und B. Sc. Nikolai Roskinski für ihre hilfreichen Anmerkungen zu Vorversionen, dem Beltz-Verlag für die Initiative sowie in besonderem Maße unseren vielen Patientinnen und Patienten, durch die und mit denen wir ständig Neues erlernen dürfen.

Dresden, im Herbst 2016

*Susanne Knappe und Samia Härtling*

# 1 Klinische Diagnostik psychischer Störungen

## 1.1 Ziele und Aufgaben klinischer Diagnostik

Diagnostik ist Teil psychologischer und psychotherapeutischer Expertise und gehört damit zur täglichen Praxis im ambulanten, stationären und rehabilitativen Setting. Ziel ist die Erhebung von Informationen, um klinisch relevante Entscheidungen zu treffen. Diagnostik ist ein Prozess, der Hypothesen prüft (»Liegt eine psychische Störung vor?«) und Hypothesen generiert (»Die Beschwerden haben eine bestimmte Funktion, nämlich ...«). Zusammengenommen gehören damit alle Untersuchungsmaßnahmen vor, während, und nach einer Therapie zum diagnostischen Prozess. Der diagnostische Prozess liefert die Grundvoraussetzungen für die Zuordnung der Problemstruktur zu einer oder mehrerer Diagnosen, für die Fallkonzeptualisierung, für den Einsatz klinisch-psychologischer Interventionen und für die Prozesssteuerung. Diagnostik versucht hierbei, die bestmöglichen Personen-Bedingungs-Kombinationen zu beschreiben, um Verhalten, psychische Prozesse und Umweltbedingungen zu verändern. Auch die Entwicklung, Anwendung und Verbreitung evidenzbasierter Behandlungsstrategien beruht vornehmlich auf den Ergebnissen diagnostischer Maßnahmen (Wittchen & Hoyer, 2011a).



**Vor Beginn einer psychotherapeutischen Behandlung** hat in der Regel eine sorgfältige diagnostische Abklärung unter Einbeziehung anamnestischer Erhebungen zu erfolgen. Dabei sind, falls erforderlich, Befundberichte Dritter einzuholen. Unter Berücksichtigung der mit den Patienten erarbeiteten Behandlungsziele ergeben sich die Prüfung der Indikationsstellung und die Erstellung eines Gesamtbehandlungsplans aus der diagnostischen Abklärung.

Röhrle (2008, S. 19) liefert eine Definition für den Begriff der klinisch-psychologischen Diagnostik.

### Definition

**Klinisch-psychologische Diagnostik** ist die wissenschaftlich begründete Erhebung klinisch-psychologisch bedeutsamer Phänomene mit Hilfe valider und reliabler Methoden, die unterschiedliche Ebenen und Aspekte des zu Diagnostizierenden (Systeme, Situationen, Kognitionen, Verhalten, biopsychologische Indikatoren), Datenquellen und Zeitpunkte nutzen. Die gewonnenen Daten dienen als Hilfe für Schlussfolgerungen und Entscheidungen, die für Auftraggeber und Ausführende so sparsam wie notwendig und so nützlich und ethisch einwandfrei wie möglich sein sollten.

So facettenreich wie menschliches Verhalten bzw. Verhaltensprobleme und psychische Störungen sind, so vielfältig sind auch die einzelnen Aufgaben und Formen der Diagnostik.



Diagnostik hat zur Aufgabe, Personen, Person- oder Umweltmerkmale oder Situationen zu beschreiben, zu klassifizieren und zu selektieren.

Damit beschränkt sich die Diagnostik psychischer Störungen nicht nur auf die Feststellung, ob die Kriterien einer psychischen Störung erfüllt sind, sondern beinhaltet ein hoch komplexes Geschehen, das sich, je nach theoretischer und methodischer Orientierung, bezüglich Zielsetzung, Art des Auftrages und Eigenschaft des diagnostischen Objektes sehr unterschiedlich gestaltet. Für den Bereich der Psychotherapie ist der diagnostische Prozess daher auch als rekursiver Problemlöseprozess beschrieben worden (z. B. Schulte, 1996). Klinisch-psychologische Diagnostik und damit verbundene klinische Entscheidungen sind nicht als punktuelle Ereignisse, sondern als (mehrstufiger) Prozess zu verstehen, in welchem sich ein Diagnostiker oft erst nach mehreren Durchgängen und Wiederholungen dem Ziel der Beantwortung der Fragestellung annähert (Amelang & Zielinski, 2002). Im Folgenden werden mögliche Gründe für einen mehrfach gestuften diagnostischen Prozess dargestellt (Caspar, 2008):

- ▶ **Weitere Erhebungen hängen von der Auswertung zuvor erhobener Daten ab:** Ein Patient berichtet im Erstgespräch, er habe seinen Schulabschluss in einer Förderschule erworben. Der Therapeut nimmt eine Minderbegabung (Intelligenzminde- rung) an und erwägt die Überprüfung mittels der Wechsler Adult Intelligence Scale (WAIS-IV; früher Hamburg-Wechsler-Intelligenztest für Erwachsene, HAWIE, Petermann & Petermann, 2013). Im Laufe der beruflichen Anamnese berichtet der Patient von »so einer Untersuchung, beim Arbeitsamt«. Die Nachfrage ergibt, dass der psychosoziale Dienst der Arbeitsagentur vor ca. 6 Monaten einen solchen Test bereits durchgeführt hat. Der Patient willigt ein, die Befunde anzufordern. Eine erneute Testung des kognitiven Leistungsvermögens wird somit hinfällig, die diagnostische Einschätzung zur Intelligenz des Patienten kann allerdings erst nach Vorliegen der externen Befunde erfolgen.
- ▶ **Ein gestuftes Vorgehen reduziert Aufwand, Patientenbelastungen und ggf. Kosten:** Ein Patient mit unklarem Symptombild wird im Rahmen der Erstvorstellung ge- beten, einen groben Screening-Fragebogen zu psychischen Störungen und einen Symptomfragebogen auszufüllen. Basierend auf den ersten Auswertungen werden erst im Anschluss weitere spezifische Verfahren ausgewählt, um die Beschwerden näher zu bestimmen.
- ▶ **Patienten sind aufgrund ihrer psychischen oder körperlichen Verfassung nicht in der Lage, bestimmte diagnostische Informationen zu liefern oder über einen gewissen Zeitraum hinweg bei der Diagnostik mitzuwirken (Testierfähigkeit):** Eine ältere Patientin mit starken sozialen Ängsten und ausgeprägten depressiven Symptomen klagt über zunehmende Konzentrations- und Gedächtnisprobleme. Der Behandler

möchte zur Differenzialdiagnostik einer beginnenden Demenz entsprechend kognitive Leistungstests durchführen. Allerdings können sowohl die sozialen Ängste (Test- und Bewertungsängste) als auch die depressiven Symptome (Konzentrationsprobleme) oder eine mögliche beginnende dementielle Erkrankung mit ggf. schlechteren Testergebnissen einhergehen. Es wäre ratsam, erst die Ängste bzw. die Depression zu behandeln und dann im Prozess zu evaluieren, welche kognitiven Symptome mit Reduktion der Angst und Depression abnehmen und welche Symptome weiterhin bestehen bleiben. Eine endgültige Testdiagnostik könnte ggf. erst gegen Ende einer erfolgreichen Therapie möglich sein. Auch in der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie, der Neuropsychologie und der Gerontopsychiatrie werden Diagnostiker häufig um eine Einschätzung des kognitiven Leistungsvermögens gebeten. Die Untersuchungen finden hierzu oft an mehreren Tagen für maximal 45 Minuten statt, um die Aussagekraft der Tests nicht durch eine Überbeanspruchung der Patienten zu verzerren.

- ▶ **Neue Informationen erfordern eine Korrektur oder weitere Vertiefung einzelner Aspekte:** Eine Patientin berichtet in der Probatorik vorwiegend über Zwangshandlungen und Zwangsrituale und damit einhergehend eine zunehmende depressive Verstimmung mit Selbstwertproblematik. Die Patientin stimmt einer Verhaltensprobe in ihrer Wohnung zu, sodass die Therapeutin das Ausmaß der Zwangshandlungen näher bestimmen kann. Während der Verhaltensprobe berichtet die Patientin auffällig häufig sozialängstliche Kognitionen, die bei weiterer Exploration auf eine ausgeprägte Soziale Angststörung hinweisen, die bislang diagnostisch nicht berücksichtigt wurde.
- ▶ **Mehrfache Kontakte tragen zum Beziehungsaufbau bei:** Ein Patient mit Verdacht auf eine rezidivierende depressive Episode und eine Bindungsstörung stellt sich im Erstgespräch vor. Er wisse auch nicht so recht, ob er »hier richtig« sei und ihm »überhaupt geholfen werden« könne. Der Patient beschreibt einerseits eine ausgeprägte Symptomatik und spürbares psychisches Leiden, lässt sich zugleich aber nur zögerlich auf die Anamnese und Probatorik mit der Behandlerin ein. Zum Ende der Probatorik wird als erstes gemeinsames Ziel »Wir wollen es versuchen, miteinander zu arbeiten« festgelegt.
- ▶ **Die Stabilität oder Veränderbarkeit von Merkmalen zeigt sich möglicherweise erst im Verlauf:** Eine Patientin mit einer Sozialen Angststörung verhält sich gegenüber einem geplanten Verhaltensexperiment (»Jemanden nach dem Weg fragen«) sehr zögerlich, wenngleich sie ihre Veränderungsmotivation und Neugier glaubhaft benennt. Bei näherer Exploration möglicher Gründe für das Zögern zeigt sich ein Mangel an sozialen Fertigkeiten (»Ich weiß gar nicht so recht, wie man das eigentlich macht«). Es wird ein Training sozialer Kompetenzen eingeführt, dessen Erfolg auch von der Fähigkeit zur sozialen Perspektivenübernahme der Patientin abhängt.

Die Vielgestaltigkeit und Vielschichtigkeit klinischer Phänomene verlangt in der Regel den Einsatz und die Kombination mehrerer Verfahren. Vor diesem Hintergrund ist die Diagnostik psychischer Störungen auch im Bereich der ätiologischen, prognos-

tischen und therapeutischen Entscheidungsbildung unentbehrlich (Röhrle, 2008), trägt unmittelbar zu Indikations- und Behandlungsentscheidungen bei und liefert Informationen für die Evaluation des therapeutischen Prozesses und des Behandlungsergebnisses. Pawlik (2006) unterscheidet im Einzelnen vier Arten der Diagnostik im psychotherapeutischen Setting.

#### **Arten der Diagnostik nach Pawlik (2006)**

- ▶ Die **deskriptive Diagnostik** meint die Beschreibung und Einordnung psychischer Störungen anhand diagnostischer Klassifikationssysteme. Hierunter fällt auch die Erfassung und Beurteilung therapierrelevanter Aspekte der Persönlichkeit, etwa im Sinne von Verhaltensdefiziten oder Verhaltensexzessen oder im Sinne von Konflikt- und Strukturmerkmalen.
- ▶ Die **prädiktive oder prognostische Diagnostik** umfasst die Vorhersage des Behandlungsverlaufs und der Behandlungsergebnisse.
- ▶ Die **dezisionale Diagnostik** liefert Entscheidungen zur Indikation bzw. Kontraindikation einer Psychotherapie und somit differenzielle Indikationsaussagen.
- ▶ Die **explikative oder explanatorische Diagnostik** stellt Erklärungsansätze zur Entstehung und Aufrechterhaltung der psychischen Beschwerden vor. In der Verhaltenstherapie gehört hierzu vor allem die Suche nach aktuellen Ursachen in Form der Bedingungs- und Verhaltensanalyse. In der psychoanalytisch-orientierten Diagnostik stehen lebensgeschichtliche Aspekte oder Eigenschaften einer Person deutlich stärker im Vordergrund. Damit sind diagnostische Erklärungen stark theorie- oder paradigmabhängig.

Diese zahlreichen Aufgaben der klinischen oder klinisch-psychologischen Diagnostik verlangen die Zuhilfenahme diagnostischer Kriterien, klinischer Interviews und diagnostischer Instrumente sowie den Einsatz geschulter und qualifizierter Diagnostiker. Die Genauigkeit und Qualität der Diagnostik und der diagnostischen Entscheidungen sind maßgeblich für das Erkennen, die Prognose und den Verlauf der Beschwerden, die Behandlungszuweisung und Evaluation der Therapieergebnisse.

## **1.2 Statusdiagnostik**

Aussagen über den Ist-Zustand einer Person zu treffen, ist Gegenstand der Statusdiagnostik. Gemeint ist ein Teil der psychotherapiebezogenen Diagnostik, der sich auf verschiedene psychopathologische Merkmale und den augenblicklichen Zustand des Patienten bezieht. Im Vordergrund stehen Fragen wie: »Erfüllt der Patient aktuell oder in der Vergangenheit die diagnostischen Kriterien einer psychischen Erkrankung?« oder aber auch: »Wie ist der Entwicklungsstand eines zehnjährigen Kindes im Hinblick auf seine Sprachentwicklung zu bewerten?«.

Statusdiagnostik kommt im Rahmen einer Psychotherapie zu verschiedenen Zeitpunkten zum Einsatz: zu Beginn, im Verlauf als Zwischenbilanz und am Ende der

Behandlung. So können Veränderungen im Ist-Zustand durch die Therapie abgebildet werden. Hier zeigt sich eine besondere Nähe und ein fließender Übergang zwischen Statusdiagnostik und therapiebegleitender Diagnostik (s. Abschn. 1.3).

Die Statusdiagnostik ist eng mit der klassifikatorischen Diagnostik verbunden, denn sie beschäftigt sich mit der Feststellung non-konformen oder abweichenden Verhaltens und Erlebens. Hierzu werden Eigenschaftstheorien herangezogen, die überdauernde und über verschiedene Situationen hinweg stabile Aspekte menschlichen Verhaltens mit klinisch-relevanten Merkmalen assoziieren. So können individuelle Testergebnisse Normwerten gegenübergestellt werden, die einen Schluss auf die Verteilungskennwerte des interessierenden Untersuchungsmerkmals zulassen. Neben der klassifikatorischen Statuserfassung eines Patienten kommt auch der Erhebung von weiteren Merkmalen bzw. Eigenschaften, wie aktuellen Ressourcen, Belastungen, Persönlichkeitseigenschaften oder sozialen Anpassungen, eine besondere Bedeutung zu, die in die Behandlungsplanung einfließen.

Zusätzlich zur Beschreibung des Ist-Zustandes verfolgt die Statusdiagnostik noch weitere Ziele. Zum einen soll aufgrund der Merkmale einer Person (z. B. Stand der Sprachentwicklung) zukünftiges Verhalten prognostiziert werden (z. B. Bewältigung schulischer Anforderungen). Zum anderen soll aufgrund eines Merkmals (z. B. getriebte Stimmung) auf zugrundeliegende Eigenschaftsausprägungen (z. B. Neurotizismus) geschlossen werden (Eid & Petermann, 2006).



Aus klinischer Sicht gilt es, für die Statusdiagnostik einen möglichst repräsentativen Ausschnitt aus dem Verhalten und Erleben eines Patienten zu wählen, um daraus einen Rückschluss auf ein hypothetisches (da nicht materiell-greifbares) Konstrukt bzw. eine latente Variable (wie etwa eine Eigenschaft) zu ziehen.

## 1.2.1 Klassifikatorische diagnostische Ansätze

Klassifikatorische diagnostische Ansätze sind symptombezogen und verfolgen das diagnostische Ziel, Personen zuverlässig zu verschiedenen Klassen zuzuordnen. Genauer gesagt wird einer Person aufgrund von beobachtbaren und/oder berichteten Symptomen eine Diagnose zugewiesen. Die Einzelsymptome werden hierfür zu Symptom- oder Syndromkomplexen zusammengefasst. Personen werden also aufgrund ihrer Merkmalsausprägungen verschiedenen Klassen (in diesem Fall: diagnostischen Kategorien) zugeordnet. Am Ende dieser Zuordnungen steht eine Ja-nein-Entscheidung darüber, ob ein diagnostisches Kriterium bzw. alle diagnostischen Kriterien einer bestimmten Diagnose erfüllt sind (Überschreiten der diagnostischen Schwelle). Diese ersten Anhaltspunkte über das Vorliegen psychischer Probleme sind leitend für die weitere, individuelle Symptomexploration gemeinsam mit dem Patienten und erlauben zugleich eine präzise Kommunikation auf der Basis operationalisierter Begriffe mit anderen (Mit-)Behandlern.



**ICD und DSM.** Die zwei bekanntesten und international gebräuchlichsten Klassifikationssysteme sind die Internationale Klassifikation der Erkrankungen (International Classification of Diseases, ICD), herausgegeben von der Weltgesundheitsorganisation WHO (1991), und das Diagnostische und Statistische Manual Psychischer Störungen (DSM), herausgegeben von der American Psychiatric Association (2013; Falkai & Wittchen, 2015). Beide Systeme stellen empirisch abgesicherte und erprobte, verdichtete Nomenklaturen da, die letztlich zur vereinfachten Kommunikation von Behandlern untereinander dienen und helfen können, umfängliche und komplexe Informationen zum Erscheinungsbild psychischer Störungen zu reduzieren.

#### **Zum Verhältnis von ICD und DSM**

- ▶ Die ICD ist konzipiert als national und international verbindliche Klassifikation der Erkrankungen, einschließlich psychischer Störungen. Sie liefert für Gesundheitsdienste weltweit Klassifikationshinweise für einzelne Erkrankungsformen und muss dabei aufgrund der Fülle der Erkrankungsbilder teilweise auf Spezifikationen oder erweiterte Klassifikationshinweise verzichten. Somit ist die ICD in erster Linie ein Merkmalskatalog oder eine Nomenklatur.
- ▶ Das DSM versteht sich dagegen als ein prozedurales Manual, das ausführlich beschreibt, wie und nach welchen Regeln und Richtlinien eine Diagnose abgeleitet und begründet werden kann. Es ist daher nicht nur als klinisch-relevantes, sondern auch als forschungs-relevantes Klassifikationssystem gedacht, um Gesundheitssystemen eine breitere, ausdifferenzierte Struktur bereitzustellen.

Beide Systeme sind synergistisch entwickelt und aufgebaut. DSM und ICD unterscheiden sich mit wenigen Ausnahmen im Wesentlichen nicht substantiell in der Merkmalsbeschreibung psychischer Störungen. Nahezu alle ICD-Diagnosen lassen sich in DSM-Diagnosen überführen und umgekehrt.

Beide diagnostischen Klassifikationssysteme formulieren diagnostische Kriterien, fassen diese aufgrund ihrer Ähnlichkeit zu Merkmalsgruppen (Kategorien) zusammen und geben damit an, wie psychische Beschwerden einzuordnen und zu klassifizieren sind. Sinn einer solchen Klassifikation ist es, Personen aufgrund ihrer Ähnlichkeit in Bezug auf wichtige Merkmalsausprägungen zusammenzufassen und Unterschiede, die für die aktuelle Fragestellung nebensächlich sind, zu vernachlässigen. Sie liefern spezifische diagnostische Prinzipien und standardisierte Kriterien, um psychische Störungen verlässlich zu beschreiben und um ein pathologisches von einem nicht-pathologischen Beschwerdebild zu unterscheiden. Diagnostische Schwellen und Kriterien stellen eine Vereinfachung und Informationsreduktion dar und sind stets abhängig vom aktuellen Erkenntnisprozess und Konsens. Für die meisten psychischen Erkrankungen gibt es keine »natürlichen« Grenzen, die gesund und krank uneindeutig trennen. Tatsächlich bergen psychologische Störungskonzepte vielmehr die implizite Annahme der Kontinuität von normal zu abnormal (krank). Fast alle psychischen Störungen erfordern daher neben einer kategorialen Diagnostik einen weiterführenden

den (dimensionalen) diagnostischen Prozess auf klinischer, instrumenteller und zeitlicher Ebene.

Im Zuge der fortlaufenden Revision der Klassifikationssysteme sind in den vergangenen 50 Jahren erhebliche Anstrengungen unternommen worden, Standards zur Diagnostik in der Psychiatrie und Psychotherapie zu erarbeiten. So enthalten die Klassifikationssysteme auch Prinzipien im Hinblick auf den Prozess der klinisch-psychologischen Diagnostik, die sich im Sinne von Leitlinien verstehen lassen, etwa das Komorbiditätsprinzip oder der multiaxiale diagnostische Ansatz. Dies ist insofern relevant, als dass explizite Leitlinien zur Diagnostik und Klassifikation psychischer Störungen bislang nicht veröffentlicht worden sind. Sie sind häufig aber Teil der störungs- oder therapiebezogenen Leitlinienmanuale, wie sie von verschiedenen Fachgesellschaften entwickelt wurden. Zum Beispiel wurden in der Psychotherapieforschung störungsspezifische und störungsübergreifende diagnostische Modelle vorgeschlagen, die inzwischen in bestimmten Bereichen Leitliniencharakter angenommen haben (z. B. Arbeitskreis OPD, 2004).

## 1.2.2 Dimensionale diagnostische Ansätze

Wenngleich klassifikatorische Ansätze von qualitativen Unterschieden zwischen Personen ausgehen, erfordern sie auch quantitative Angaben zur Anzahl und Frequenz sowie zur Intensität, Schwere und zum Ausmaß psychischer Symptome. Kliniker und Praktiker haben daher häufig ein dimensionales Krankheitsverständnis, nach welchem »krank« und »gesund« auf einem Kontinuum liegen. Der Vorteil eines solchen Verständnisses liegt in der Entpathologisierung, Entdramatisierung und Entstigmatisierung (Zarbock, 2008). Streng genommen werden Gesundheit und Krankheit inzwischen nicht mehr auf einem gemeinsamen Kontinuum betrachtet; doch die Beachtung der Dimensionalität und die implizite Annahme einer Kontinuität von psychischen Symptomen haben sich erhalten. Dimensionale Strategien sind dadurch gekennzeichnet, dass Merkmalsausprägungen auf (mehr oder weniger) kontinuierlichen Dimensionen festgestellt werden, bezüglich derer sich alle Personen vergleichen lassen. Ein typisches Beispiel hierfür sind psychologische Leistungstests, die es ermöglichen, die Leistung einer Person auf verschiedenen Leistungsdimensionen festzustellen.

Dimensionale und klassifikatorische Strategien sind keine einander ausschließenden Vorgehensweisen, sondern können und sollen sinnvoll miteinander verknüpft werden. So können zum Beispiel Personen zunächst aufgrund qualitativer Unterschiede verschiedenen Klassen zugeordnet werden, es wird also eine kategoriale Diagnose zugewiesen. Innerhalb dieser diagnostischen Kategorie können dann quantitative Unterschiede hinsichtlich behavioraler, kognitiver, affektiver oder psychophysiologischer Merkmale getroffen werden. So erlauben auch moderne psychometrische Ansätze eine simultane Klassifikation und Quantifizierung von Merkmalsunterschieden. Jüngstes Beispiel hierfür sind die dimensionalen Skalen für Angststörungen im DSM-5.

**Dimensionale Angstskalen des DSM-5**

Im Zuge der diagnostischen Neuerungen im Rahmen der Überarbeitung des DSM-5-Klassifikationssystems wurden auch neu entwickelte diagnostische Instrumente vorgestellt, die kategoriale Diagnosen um Aussagen zur Schwere, also um dimensionale Beschreibungen, ergänzen sollen. Um beispielsweise die Diagnostik von Angststörungen zu verbessern, beinhaltet die jüngste Revision des DSM-5 erstmals ein Set dimensionaler Skalen zur Beschreibung der Schwere von Angststörungen. Diese Skalen sollen auch die Grenzen kategorialer Diagnosen überwinden helfen. Sie liefern jeweils für die einzelnen Angststörungen mittels zehn Items eine Einschätzung des Schweregrades anhand der Kernmerkmale Furcht und Angst – zusammen mit kognitiven, körperlichen und behavioralen Symptomen. In klinischen und studentischen Stichproben wurden die psychometrischen Eigenschaften der Skalen und ihre Vorhersagekraft gegenüber kategorialen Skalen untersucht. Die Skalen zeigen in der Regel eine eindimensionale Faktorenstruktur, gute interne Konsistenzen und gute bis sehr gute Klassifikationsleistungen. Zudem korrelieren die Skalen mit Merkmalen des klinischen Schweregrades, etwa dem allgemeinen Funktionsniveau, der berichteten Beeinträchtigung und der Anzahl von Panikattacken (Beesdo-Baum et al., 2012; Knappe et al., 2014). Vor allem aber können sie mit Ausnahme der Skala für Spezifische Phobie im Hinblick auf die Validität überzeugen. So zeigt sich z. B. als Zeichen für die konvergente Validität für die Skala der Sozialen Angststörung (SAD-D) eine hohe Korrelation mit dem Mini-SPIN (Kurzform des Social Phobia Inventory), die im Sinne der diskriminanten Validität deutlich höher ist als die Korrelation zwischen SAD-D und der Subskala Blood-Injury des Fear Questionnaires (Knappe et al., 2013). Die Skalen zur Panikstörung (PD-D) und zur Generalisierten Angststörung (GAD-D) sind zudem veränderungssensitiv, d. h. sie bilden Veränderungen im Laufe einer Behandlung ab (Knappe et al., 2014).

Zusätzlich zu den diagnosespezifischen Skalen für die Spezifische Phobie, Soziale Angststörung, Agoraphobie, Panikstörung und Generalisierte Angststörung wurde auch eine diagnosenübergreifende Skala entwickelt, um über diese verschiedenen Angststörungen hinweg die gemeinsamen Merkmale von Angst und Furcht zu erfassen. Diese sogenannte Cross-D-Skala erweist sich als ähnlich geeignet wie die spezifischen Skalen im Hinblick auf die Fallerkennung, ist jedoch weniger veränderungssensitiv.

Die Skalen sind online und kostenlos verfügbar auf der Homepage des Hogrefe Verlags ([www.hogrefe.de](http://www.hogrefe.de)) als Ergänzungsmaterial zum DSM-5.

## 1.3 Therapiebegleitende Diagnostik

Psychotherapie soll Veränderungen anstoßen. Die diagnostische Erfassung dieser Veränderungen ist dabei erstaunlicherweise nicht so intensiv beforscht worden wie die klassifikatorische und dimensionale Diagnostik. Begrifflich lassen sich Verlaufsdiagnostik und Prozessdiagnostik unterscheiden. In der Verlaufsdiagnostik geht es um die Veränderung in Problem- und Zielbereichen, wie Symptomreduktion, therapeutische Zielerreichung, Therapieeffekte, Änderungen im Erleben und Verhalten oder im sozialen Funktionsniveau. In der Prozessdiagnostik werden Variablen des therapeutischen Prozesses, wie die Therapiebeziehung, das Verhalten von Patient und Therapeut, motivationale und emotionale Variablen oder Selbstöffnung näher betrachtet (Laireiter, 2000). Insgesamt ist therapiebegleitende Diagnostik ein zentraler Bestandteil psychotherapeutischer Verlaufsdocumentation und gewinnt im Rahmen von Qualitätssicherung und Qualitätsmonitoring zunehmend an Bedeutung.

### 1.3.1 Verlaufsdiagnostik

Jeder Psychotherapeut steht bei seiner praktischen Arbeit vor der Frage, ob sein konkretes Vorgehen bei einem bestimmten Patienten zum Erfolg führt. Die einfachste Variante einer solchen Veränderungs- oder Verlaufsdiagnostik ist ein Vorher-Nachher-Vergleich der (primären) Symptomatik, wobei engmaschigere Messungen auch die Beobachtung und Einordnung positiver wie negativer Entwicklungen erlauben und somit eine Begründung für therapeutisches Handeln liefern können. Vor allem zwei Fragen sind im Rahmen der Verlaufsmessung von Interesse (Lueger et al., 2001): Erstens, wie wird ein Patient angesichts seiner klinischen Merkmale auf eine Behandlung ansprechen (Behandlungsresponse)? Und zweitens, wie groß ist die Veränderung des Patienten vor dem Hintergrund einer mehr oder weniger auch natürlicherweise schwankend verlaufenden Symptomatik?



**Ziel einer Verlaufs- oder Veränderungsdiagnostik** ist es, durch den Vergleich zweier oder mehrerer Zustände im Zeitverlauf eine Aussage über Veränderungen oder die Stabilität von Merkmalen zu treffen (Eid & Petermann, 2006). Im Rahmen klinisch-psychologischer Tätigkeiten geht es um die Beschreibung, Erklärung und Prognose des individuellen Fortschritts.

Zwingend notwendig für die Verlaufsdiagnostik sind Erhebungsverfahren, die sensitiv für Veränderung sind. In der Regel wird die erzielte Veränderung als Folge eines natürlichen Prozesses (z. B. Wachstum, Reifung, Lernen, circadiane Rhythmik), einer Intervention (z. B. pädagogische Förderung, Psycho- oder Pharmakotherapie) oder situationsbedingter Variabilität (z. B. Tagesereignisse) interpretiert. Daher verlangt die Interpretation von Testleistungen oder – allgemeiner formuliert – von diagnostischen Informationen im Rahmen einer Verlaufsdiagnostik auch gezielte Annahmen über