



Leseprobe aus: Knappe/Härtling, Diagnostik und Verhaltensanalyse, ISBN 978-3-621-28383-0  
© 2017 Beltz Verlag, Weinheim Basel  
<http://www.beltz.de/de/nc/verlagsgruppe-beltz/gesamtprogramm.html?isbn=978-3-621-28383-0>

# 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 ...«). Zusammengefasst 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 mehreren 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.