

Diagnostik und Klassifikation dienen in erster Linie der Behandlungsplanung sowie der Evaluation des Behandlungsverlaufs und des -ergebnisses. Dazu werden die **Symptome** von PatientInnen (z. B. Niedergeschlagenheit) im diagnostischen Prozess exploriert und u. a. mithilfe von **Klassifikationssystemen** wie ICD-10 oder DSM-5 in diagnostische Kategorien eingeordnet; diese Kategorien entsprechen **Diagnosen** (z. B. Mittelgradige depressive Episode). Da Diagnosen von psychischen Störungen allein für die Behandlungsplanung und -evaluation nicht ausreichend sind, beinhaltet Diagnostik neben der Klassifikation auch die Erfassung von störungsspezifischen (z. B. Fragebogen zum Ausmaß depressiver Symptomatik) und störungsübergreifenden Merkmalen (z. B. Erfassung relevanter Aspekte der Lebensgeschichte). Diagnosen und andere Ergebnisse des diagnostischen Prozesses können nicht nur zur psychotherapeutischen Behandlung von PatientInnen beitragen, sondern auch zur Dokumentation des Behandlungsverlaufs und zur Supervision von Therapien; sie vereinfachen die interdisziplinäre Kommunikation zwischen BehandlerInnen und sind unerlässlich für klinisch-psychologische Forschung.

Maßgeblich für den diagnostischen Prozess ist das Prinzip der **multimodalen Diagnostik**. Durch Einbezug verschiedener Datenebenen (psychologisch, biologisch, sozial, etc.), mehrerer Datenquellen (Selbstbeurteilung, Fremdbeurteilung, etc.), mehrerer Konstrukte (z. B. Wahrnehmung, Informationsverarbeitung, Emotion, Verhalten) und unterschiedlicher Verfahren (z. B. Fragebögen, Interviews, Verhaltensbeobachtung) wird sichergestellt, dass die psychischen und körperlichen Probleme von PatientInnen umfassend und differenziert erfasst werden. Die multimodale Diagnostik minimiert auch den Einfluss von Fehlerquellen, die im Diagnostizierenden (z. B. Nichtbeachtung von Kriterien, Voreingenommenheit durch theoretische Konzepte, etc.), in PatientInnen (z. B. Verschweigen von Informationen, mangelnde Introspektionsfähigkeit, etc.) und in den Klassifikationssystemen (z. B. unscharfe Definition von Symptomen) verortet sein können.

2.1 Klassifikatorische Diagnostik

Für die meisten Psychotherapie-Ansätze ist die klassifikatorische Diagnostik ein zentraler Bestandteil der Behandlungsplanung. Dabei werden Symptome und zusätzliche Informationen (z. B. Zeitverläufe) von PatientInnen erhoben und daraus mithilfe von Klassifikationssystemen Diagnosen abgeleitet. Typische, überzufällig häufige Muster von Symptomen werden zu sogenannten **Syndromen** zusammengefasst (z. B. sind die Symptome *Niedergeschlagenheit*, *Interessenverlust* und *Appetitlosigkeit* u. a. Teil des depressiven Syndroms). Diagnosen setzen sich aus Symptomen, Syndromen und zusätzlichen Kriterien zusammen. Zusatzkriterien können sich auf den Zeitverlauf (z. B. Symptom muss mehr als die Hälfte der Zeit über einen Monat hinweg vorliegen) oder die Abgrenzung gegenüber anderen Diagnosen beziehen, was als **Differentialdiagnostik** bezeichnet wird. Beispielsweise kann das erwähnte depressive Syndrom nicht nur bei Depression vorkommen, sondern auch im Rahmen einer Schizophrenie. Wenn die Symptome von PatientInnen in einer einzelnen diagnostischen Kategorie nicht abbildbar sind, können weitere Diagnosen vergeben werden, sofern deren Kriterien ebenfalls voll erfüllt sind. Dieses Prinzip wird **Komorbiditätsprinzip** genannt und ermöglicht simultane, **komorbide** Diagnosen. Im Kontext der klinischen Psychologie wird das gleichzeitige Vorliegen von körperlichen und psychischen Diagnosen als **Multimorbidität** bezeichnet. Der Begriff **Doppeldiagnose** ist ein Sonderfall der Komorbidität und beschreibt das gleichzeitige Vorliegen einer substanzbezogenen und einer anderen psychischen Störung (z. B. Alkoholabhängigkeit und Schizophrenie).

Die beiden wichtigsten Klassifikationssysteme für psychische Störungen sind die *International Classification of Diseases* in Version 10 (ICD-10; Dilling et al. 2000) der WHO und das *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* in Version 5 (DSM-5) der American Psychiatric Association (2013; APA). Diese modernen Systeme sind operationalisiert, das heißt sie beinhalten explizite Kriterien für Symptome und Syndrome und darüber hinaus klare diagnostische Entscheidungsregeln, z. B. durch Ein- und Ausschlusskriterien oder Verknüpfungsregeln. Die modernen Klassifikationssysteme verzichten mit wenigen Ausnahmen bei einzelnen Störungen (z. B. bei der posttraumatischen Belastungsstörung) auf ätiologische Annahmen und sind damit deskriptiv (d. h., beschreibend). Durch operationalisierte, ätiologiefreie Klassifikationssysteme konnte die Güte der gestellten Diagnosen (d. h., deren Reliabilität) deutlich erhöht werden. Ätiologie stützt sich klassischerweise auf therapieschulspezifische Annahmen zur Verursachung psychischer Störungen, und da hier Konzepte nach wie vor auseinandergehen, war mit ätiologiegestützter Klassifikationen keine gute Reliabilität zu

erreichen. Eine Störung, bei der auch aktuelle Klassifikationssysteme nicht ganz ohne ätiologische Annahme auskommen, ist die Posttraumatische Belastungsstörung. Hinter dem so bezeichneten Syndrom kausal eine Traumatisierung anzunehmen, ist aber eine sehr generelle, therapieschulunabhängige Annahme und bestätigt eher als Ausnahme die Regel der ätiologieabstinenten Kategorisierung.

Den Vorteilen der durch klassifikatorische Diagnostik bestimmten Diagnosen (Kommunikation zwischen BehandlerInnen, etc.) stehen auch Nachteile entgegen. Diese sind u. a. der große Informationsverlust (Milliarden von Menschen werden in vergleichsweise wenige Kategorien geordnet), die mögliche Reifikation (d. h. Verdinglichung) von Diagnosen („Er ist niedergeschlagen, weil er eine Depression hat“) und die Stigmatisierung aufgrund von Diagnosen.

2.1.1 ICD-10

Das ICD-10 (WHO) ist ein in vielen Teilen der Welt eingesetztes System zur Klassifikation von körperlichen Erkrankungen und psychischen Störungen, das in unterschiedliche Kapitel eingeteilt ist. Im Kap. 5 (F) werden die psychischen Störungen aufgeführt. Die Codierungen aller Diagnosen psychischer Störungen beginnen mit dem Buchstaben F (z. B. *F32.1 Mittelgradige depressive Episode*). Die erste Ziffer gibt die Oberkategorie der Diagnose an (Tab. 2.1). Die zweite Ziffer identifiziert eine spezifische Gruppe von Diagnosen (z. B. *F31 Bipolare affektive*

Tab. 2.1 Übersicht der Diagnose-Kategorien im ICD-10

Kategorie	Beschreibung
F0	Organische, einschließlich symptomatischer psychischer Störungen
F1	Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen
F2	Schizophrenie, schizotype und wahnhaftige Störungen
F3	Affektive Störungen
F4	Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen
F5	Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen und Faktoren
F6	Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen
F7	Intelligenzstörung
F8	Entwicklungsstörungen
F9	Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend
F99	Nicht näher bezeichnete psychische Störungen

Störung oder *F32 Depressive Episode*). Danach folgt ein Punkt und ein oder mehrere weitere Ziffern, die die genaue Diagnose bestimmen (z. B. *F32.11 Mittelgradige depressive Episode mit somatischem Syndrom*).

Die genauen Diagnosekriterien und zusätzliche Erläuterungen finden sich in den entsprechenden Abschnitten des ICD-10 und hängen in ihrem Detailgrad von der jeweiligen Ausgabe ab: Während die Ausgabe *Klinische-diagnostischen Leitlinien* umfangreicher ist und mehr Wert auf ergänzende Erläuterungen legt, ist die Ausgabe *Diagnostische Kriterien in für Forschung und Praxis* kompakter und beinhaltet genauere Kriterien. Für Deutschland ist eine nationale Anpassung des ICD-10 gültig, die ICD-10 GM genannt wird (*German Modification*).

Das ICD-10 ist multiaxial. Neben den auf der sogenannten Achse 1 liegenden klinischen Diagnosen ermöglicht das ICD-10 noch die Beschreibung zusätzlicher Information auf zwei weiteren Achsen. Auf Achse 2 können globale und spezifische psychosoziale Funktionseinschränkungen festgehalten werden, während auf Achse 3 Umgebungereignisse und Probleme bei der Lebensführung und -bewältigung codiert werden (z. B. *Z55.2 Nicht bestandene Prüfungen*).

2.1.2 DSM-5

Das DSM-5 ist das US-amerikanische Klassifikationssystem und unterscheidet sich dahin gehend vom ICD-10, dass bei der Entwicklung der Stellenwert von wissenschaftlichen Befunden im Vergleich zu internationalen Konsensbestrebungen deutlich höher war. Im DSM-5 werden nur psychische Störungen und eventuell damit zusammenhängende Krankheitsfaktoren codiert.

Im Gegensatz zur Vorläuferversion DSM-IV und auch zum ICD-10 ist das DSM-5 *nicht* multiaxial. Klinische Störungen (früher: Achse I), Persönlichkeitsstörungen und Intelligenzminderung (früher: Achse II), und auch medizinische Krankheitsfaktoren (früher: Achse III) werden auf einer einzigen Achse beschrieben; das Achsenkonzept wurde somit aufgegeben. Psychosoziale und umgebungsbedingte Probleme (früher: Achse IV) sowie das globale Funktionsniveau (früher: Achse V) werden nun durch andere Instrumente erfasst. Das DSM-5 beinhaltet auch Störungen, die zuvor noch nicht beschrieben wurden, u. a. die Binge-Eating-Disorder, zwanghaftes Horten (sog. „Messie-Syndrom“) und Dermatillomanie (sog. *skin picking*).

2.1.3 Klinische Interviews

Die Reliabilität von Diagnosen, das heißt die Verlässlichkeit der Diagnosestellung, kann durch die Verwendung von klinischen Interviews im Vergleich zur freien Exploration oder der Verwendung von Checklisten deutlich verbessert werden. Beispielsweise werden durch den Einsatz von Interviews komorbide Störungen seltener von Diagnostizierenden übersehen. Es werden strukturierte und standardisierte Interviews unterschieden. Bei strukturierten Interviews wie dem *Strukturierten Klinischen Interview für DSM-IV* (SKID) sind vorformulierte Fragen sowie Sprungregeln und Antwortkategorien vorgegeben. Wenn beispielsweise ein notwendiges Kriterium einer Störung nicht vorliegt, kann über die entsprechende Sprungregel direkt zum nächsten Bereich gewechselt werden. Im Ermessen der Diagnostizierenden können bei strukturierten Interviews Rückfragen gestellt oder Fragen umformuliert werden. Bei standardisierten Interviews wie dem *Diagnostischen Expertensystem für psychische Störungen* (DIA-X) ist ein Umformulieren von Fragen oder ähnliches nicht möglich, da diese Interviews noch stärker formalisiert sind.

2.2 Störungsübergreifende Diagnostik

Die indikationsorientierte, der Therapieplanung dienende Diagnostik beinhaltet neben der klassifikatorischen Diagnostik noch weitere Komponenten, die im Folgenden jeweils kurz skizziert werden.

2.2.1 Störungsübergreifende Belastung und Einschränkung

Die mit einer psychischen Störung einhergehende Belastung oder Einschränkung kann mit meist dimensional Instrumenten erfasst werden. Ein Beispiel für einen häufig eingesetzten Fragebogen ist die Symptom-Checkliste (SCL-90-R), mit der der sogenannte *Global Severity Index* (GSI) bestimmt werden kann. Aus Fremdeinschätzungsperspektive kann beispielsweise die *Global Assessment of Functioning Scale* (GAF) verwendet werden.

2.2.2 Anamnese der Lebensgeschichte

Die **Anamnese** hat zum Ziel, die **Vulnerabilität** für die Entstehung einer psychischen Störung sowie die Störung fördernden oder auslösenden Belastungen (Stressoren) zu explorieren. Die Leitfrage zur Exploration der Vulnerabilität kann so zusammengefasst werden: Was hat den Patienten in seiner individuellen Entwicklung für die Entstehung von psychischen Störungen und Problemen lang-, mittel- und kurzfristig anfällig gemacht? Zentrale Aspekte der Vulnerabilität sind die Familienanamnese von psychischen Störungen, Geburtskomplikationen, die Beziehungen zu wichtigen Bezugspersonen oder -gruppen über die Lebensspanne hinweg (Kind: Eltern und Geschwister; Jugend: Peers, Partner; etc.), Persönlichkeitseigenschaften (z. B. Ängstlichkeit), der Umgang mit Leistungssituation (Schule, Beruf), und einige prädisponierende Faktoren mehr. Zu den Stressoren können akute Belastungen wie traumatische Erfahrungen (Unfälle, menschgemachte Traumata, etc.), Lebensereignisse (z. B. der Tod nahestehender Personen, Jobverlust, Wechsel von Schule zu Studium/Ausbildung, etc.), und chronische Belastungen (z. B. körperliche Erkrankungen) gehören.

2.2.3 Ressourcen und Therapieziele

Im diagnostischen Prozess werden nicht nur Defizite und Problembereiche beleuchtet, sondern auch Ressourcen und Stärken. Diese können unterteilt werden in 1) Kenntnisse und Fähigkeiten (z. B. soziale Kompetenzen und hilfreiche Coping-Strategien), 2) Beziehungen und soziale Unterstützung (z. B. Familie und Freunde), 3) Motivation und Werte (z. B. Therapieziele und sinnstiftende Überzeugungen), und 4) unbelastete Lebensbereiche (z. B. Hobbys, Beruf, etc.). In Hinblick auf die anschließende Verlaufs- und Evaluationsdiagnostik (siehe Abschn. 2.4) bietet es sich an, die Therapieziele beispielsweise durch *Goal Attainment Scaling* (GAS) so spezifisch und messbar zu formulieren, dass Fortschritte in deren Richtung erfasst werden können.

2.2.4 Interpersonelle Diagnostik

Sowohl alltägliche zwischenmenschliche Probleme von PatientInnen als auch Störungen der therapeutischen Beziehung können durch einen rigiden interpersonellen Stil bedingt werden. Die interpersonelle Diagnostik erfasst solche

Regelmäßigkeiten im interpersonellen Verhalten von PatientInnen und unterstützt so die Therapieplanung (z. B. Fallkonzeption, Abschn. 2.2.5) und die Gestaltung der Therapiebeziehung. Neben der Erfassung des Bindungsstils (mit Hilfe der Anamnese der Lebensgeschichte oder auch entsprechender Fragebögen) wird der Abbildung des Interaktionsstils von Patienten auf dem sogenannten interpersonellen Circumplex (Kreismodell) große Bedeutung zugemessen.

Im Circumplex-Modell (Kiesler 1983) wird davon ausgegangen, dass freundliches Verhalten beim Gegenüber freundliche Verhaltensimpulse, und feindseliges Verhalten beim Gegenüber feindselige Verhaltensimpulse hervorruft (horizontale Achse des Kreismodells; Verbundenheit/Liebe). Darüber hinaus wird postuliert, dass dominantes Verhalten beim Gegenüber submissive (unterwürfige) Verhaltensimpulse und submissives Verhalten beim Gegenüber dominante Verhaltensimpulse erzeugt (vertikale Achse des Kreismodells; Dominanz/Kontrolle), während auf der horizontalen Achse (feindselig vs. freundlich) nicht gespiegelt, sondern mit ähnlichem Verhalten reagiert wird (freundlich-freundlich, feindselig-feindselig). Wenn eine Person beispielsweise dominant-freundliches Verhalten zeigt, wird dieser spontan typischerweise mit submissiv-freundlichem Verhalten begegnet. Wenn eine Person submissiv-feindseliges Verhalten zeigt, verhalten sich Interaktionspartner oft dominant-feindselig. Therapeuten kontrollieren feindseliges Verhalten als untherapeutisch, Feindseligkeit/Ablehnung kann sich aber trotzdem aufbauen und versteckter zum Ausdruck kommen.

PatientInnen mit einem rigiden Interaktionsstil zeichnen sich dadurch aus, dass sie unabhängig von der Erfordernissen und Chancen von interpersonellen Situationen stabil ein bestimmtes interpersonelles Verhalten zeigen. PatientInnen mit chronischer Depression neigen beispielsweise dazu, submissiv-feindselig zu agieren und zu reagieren. Dadurch werden Interaktionspartner – auch TherapeutInnen – oft in interpersonelles Verhalten „gedrängt“, das die Interaktion erschwert (z. B. dominant und zumindest innerlich feindselig/distanziert). Die Klärung und gegebenenfalls die Veränderung des eigenen interpersonellen Stimuluscharakters kann ein wichtiges Therapieziel darstellen. Darüber hinaus können TherapeutInnen zur Vermeidung von Therapieabbrüchen oder -störungen beitragen, indem sie auf der Basis von Kenntnissen zum rigiden interpersonellen Interaktionsstils von PatientInnen aktiv und bewusst ihr eigenes interpersonelles Verhalten regulieren (z. B. nicht dominant-feindselig auf submissiv-feindseliges Patientenverhalten reagieren) oder mit Motivorientierter Beziehungsgestaltung arbeiten (siehe Abschn. 4.4). Erfasst werden kann der interpersonelle Stil u. a. mit dem *Inventar Interpersonaler Probleme* (IIP-D; Selbsteinschätzung) oder dem *Impact Message Inventory* (IMI; Fremdeinschätzung).

2.2.5 Verhaltensanalyse und Fallkonzeption

Die bisher vorgestellten störungsübergreifenden und störungsspezifischen Instrumente haben deskriptiven Charakter. Sie liefern in Zusammenhang mit den in Störungsmodellen kondensierten wissenschaftlichen Erkenntnissen (siehe störungsspezifische Kapitel) zwar Hinweise auf die kausalen Faktoren, die bei der Entstehung von psychischen Problemen eine Rolle gespielt haben und vor allem für deren aktuelle Aufrechterhaltung relevant sein könnten; spezifische Faktoren der Entstehung und Aufrechterhaltung im Einzelfall liefern sie jedoch nicht.

Aus verhaltenstherapeutischer Perspektive wird diese Lücke durch eine sogenannte Verhaltens- und Bedingungsanalyse gefüllt. Zentral ist hier das sogenannte **SORKC-Schema**, welches maßgeblich von Kanfer auf Grundlage der operanten Konditionierung geprägt wurde (Kanfer et al. 2006; Bartling et al. 2008). Erklärt wird beim SORKC-Schema ein vom Patienten als problematisch definiertes Verhalten, beispielsweise das Vermeiden des Gangs in den Keller mit den zugehörigen Kognitionen, Emotionen und physiologischen Zuständen im Rahmen einer Spinnenphobie. Dieses Verhalten wird als Reaktion auf bestimmte Bedingungen betrachtet, weshalb es in der Abkürzung des Schemas als **R** auftaucht. Die Reaktion umfasst vier Komponenten, nämlich Kognition, Emotion, motorisches (Nicht-)Verhalten, und Physiologie. Die Bedingungen, unter denen ein Problemverhalten auftritt, werden durch die auslösende Situation **S** beschrieben. Damit ein Organismus in einer Situation verlässlich mit einem bestimmten Verhalten reagiert, sind aus lerntheoretischer Sicht bestimmte Konsequenzen des Verhaltens notwendig. Nur wenn das Verhalten (z. B. Keller vermeiden) in einer bestimmten Situation (z. B. vor der Kellertür) mit etwas Angenehmem oder dem Wegfall von etwas Unangenehmem einhergeht (z. B. Erleichterung, nicht mit einer Spinne konfrontiert gewesen zu sein), wird es aufrechterhalten. Diese Konsequenzen werden mit dem Buchstaben **C** (engl. *consequence*) beschrieben und noch weiter differenziert, beispielsweise in kurz- und langfristige Konsequenzen. Nur wenn ein Verhalten mit negativer Verstärkung (Vermeidung; Flucht) oder positiver Verstärkung (Belohnung) einhergeht, wird es aufrechterhalten. Das **O** steht für den Organismus, dessen Eigenschaften den Zusammenhang von Situation und Reaktion mitgestalten (z. B. allgemein hohe Ängstlichkeit). Das **K** steht für Kontingenz und beschreibt, ob das Verhalten nur manchmal zu einer Konsequenz führt (intermittierende Verstärkung) oder immer (kontinuierliche Verstärkung). Zur Beschreibung der Kontingenzverhältnisse gehört auch der zeitliche Abstand: Zeitnahe ist weit wirksamer als spätere Verstärkung/Bestrafung. Das wird illustriert durch die stärkere Wirkung zeitnahe, aber relativ kleiner positiver Effekte des

Rauchens im Vergleich zur massiven, aber wahrscheinlich mit einiger zeitlicher Verzögerung eintretenden krank machenden und Lebenszeit verkürzenden Wirkung.

Eine SORKC-Analyse offenbart die konkreten Ansatzpunkte im Einzelfall, an denen therapeutisch gearbeitet werden kann (z. B. Abbau von Vermeidungsverhalten mithilfe von Expositionstherapie oder Veränderung von kognitiven Prozessen über kognitive Therapie). Die innerhalb eines SORKC-Schemas durchgeführte Mikroanalyse von Problemverhalten wird durch eine Makroanalyse ergänzt, bei der die prädisponierenden, auslösenden und aufrechterhaltenen Faktoren auf höherer Abstraktionsebene zusammengeführt werden.

Durch die lerntheoretische Fundierung des SORKC-Schemas werden Reiz-Reaktions-Zusammenhänge im menschlichen Erleben und Verhalten in den Vordergrund gestellt. Menschen reagieren jedoch nicht nur auf ihre Umwelt, sie gestalten diese auch aktiv und nehmen Einfluss darauf, um ihre Bedürfnisse wie beispielsweise nach Bindung oder Selbstwert zu befriedigen. Zur differenzierten Erfassung der motivationalen Struktur, aufgrund derer Menschen ihr Erleben und Verhalten immer wieder neu konstruieren, wurde die sogenannte Plananalyse entwickelt (Caspar 2007). Diese ermöglicht das Erschließen der intrapsychischen und interpersonellen Instrumentalität von Problemverhalten, was einerseits eine umfassendere Therapieplanung fördert und andererseits den Umgang mit Problemverhalten in der Therapie erleichtert (durch Motivorientierte Beziehungsgestaltung).

Individuelle Fallkonzeptionen können therapeutisches Vorgehen auch dann anleiten, wenn klinisch relevante Probleme vorliegen ohne dass die Kriterien für eine Diagnose erfüllt wären, z. B. Probleme mit Mobbing am Arbeitsplatz, Kommunikationsprobleme mit eigenen Kindern, oder Probleme, die einer angemessenen beruflichen Entwicklung im Wege stehen. Diese können insofern therapierelevant sein, als sie massives Leiden bis hin zur Arbeitsunfähigkeit und zur Entwicklung psychischer und somatischer Störungen verursachen können.

2.3 Störungsspezifische Diagnostik

Für die meisten Diagnosen oder Diagnosegruppen wurden spezifische Instrumente entwickelt, die eine differenzierte Diagnostik erlauben und in der Regel nicht kategorial sondern dimensional sind. Zur Erfassung der Symptomschwere einer sozialen Phobie werden also andere Maße eingesetzt als zur Erfassung der Schwere eines depressiven Syndroms. Die Instrumente können in Selbst- und

Fremdbeurteilungsmaße unterteilt werden. Die Selbstbeurteilung wird in der Regel mit Fragebögen realisiert (z. B. Beck's Depression Inventory; BDI; siehe Kap. 5). Bei der Fremdbeurteilung können sowohl Fragebögen als auch spezifische Skalen eingesetzt werden (z. B. Positive and Negative Syndrome Scale; PANSS; siehe Kap. 7).

2.4 Prozess-, Verlaufs- und Evaluationsdiagnostik

Die in den vorigen Abschnitten dargestellte indikationsorientierte Diagnostik steht am Anfang einer psychotherapeutischen Behandlung. Während der Therapie stehen Prozess- und Verlaufsdagnostik im Vordergrund. Bei der Prozessdiagnostik werden Bestandteile des Therapieprozesses meist auf Sitzungsebene erfasst, beispielsweise die Qualität der Therapiebeziehung oder das Verhältnis von Problemmaktivierung und Ressourcenaktivierung. Dies hilft TherapeutInnen, Störungen in der Therapie frühzeitig zu erkennen und gegebenenfalls zu reagieren. Die Verlaufsdagnostik dient der Erfassung von Veränderungen der Symptomatik und Zielerreichung über die Zeit hinweg. Beispielsweise kann in bestimmten Abständen der Therapiefortschritt mithilfe des GAS (siehe Abschn. 2.2.3) überprüft oder die Schwere der Symptomatik mit störungsspezifischen Maßen erfasst werden (adaptive Indikation). So kann eine Verschlechterung der Symptomatik mithilfe von Verlaufsdagnostik erkannt und ihr möglichst frühzeitig entgegengewirkt werden (z. B. Inanspruchnahme von Supervision durch TherapeutInnen). Unabhängig von einer konkreten Behandlung können Prozess- und Verlaufsdagnostik auch zur institutionellen Qualitätssicherung beitragen.

Die Evaluationsdiagnostik erfolgt am Ende einer Psychotherapie und ermöglicht die Beurteilung des Erfolgs und der Effektivität der Therapie. Einerseits kann der Erfolg direkt erfasst werden, z. B. über die Messung der Zielerreichung (GAS), das Wegfallen einer Diagnose oder auch eine subjektive Einschätzung. Andererseits kann der Erfolg indirekt über eine Veränderungsmessung bestimmt werden, beispielsweise durch die Differenz zwischen der per Fragebogen erfassten Symptombelastung nach und vor der Therapie. Ein Nachteil der indirekten Erfolgsmessung sind u. a. methodische Probleme (z. B. Regression zur Mitte).

2.5 Verständnisfragen

Fragen

1. Was zeichnet die multimodale Diagnostik aus?
2. Worin unterscheiden sich das US-amerikanische Klassifikationssystem DSM und das internationale System ICD?
3. Welchen Nutzen verspricht die interpersonelle Diagnostik?
4. Wofür stehen die einzelnen Buchstaben der Abkürzung SORKC?

Literatur

- American Psychiatric Association. (2013). *DSM 5*. Arlington: American Psychiatric Association.
- Bartling, G., Echelmeyer, L., & Engberding, M. (2008). *Problemanalyse im psychotherapeutischen Prozess: Leitfaden für die Praxis*. Stuttgart: Kohlhammer.
- Caspar, F. (2007). *Beziehungen und Probleme verstehen. Eine Einführung in die therapeutische Plananalyse*. (4. Aufl., 2017 Bern). Göttingen: Hogrefe.
- Dilling, H., Mombour, W., Schmidt, M. H., & Schulte-Markwort, M. (2000). *Weltgesundheitsorganisation: Internationale Klassifikation psychischer Störungen. ICD-10 Kapitel V (F). Diagnostische Kriterien für Forschung und Praxis* (3. Aufl.). Bern: Huber.
- Freyberger, H. J., & Caspar, F. (2016). Diagnostik und Psychotherapie. In S. C. Herpertz, F. Caspar, & K. Lieb (Hrsg.), *Psychotherapie. Funktions- und störungsorientiertes Vorgehen* (S. 47–64). München: Elsevier.
- Kanfer, F. H., Reinecker, H., & Schmelzer, D. (2006). *Selbstmanagement-therapie*. Berlin: Springer.
- Kiesler, D. J. (1983). The 1982 interpersonal circle: A taxonomy for complementarity in human transactions. *Psychological Review*, *90*, 185–214.



<http://www.springer.com/978-3-531-17076-3>

Klinische Psychologie

Caspar, F.; Pjanic, I.; Westermann, S.

2018, XI, 155 S. 11 Abb. Mit Online-Extras., Softcover

ISBN: 978-3-531-17076-3