

2 Diagnostik und Klassifikation

Winfried Rief und Nikola Stenzel

2.1 Einführung – 9	2.5 Verfahren zur Klassifikation psychischer Erkrankungen – 13
2.1.1 Wie kommt man zu einer Diagnose? – 10	
2.1.2 Wann ist jemand psychisch krank? – 11	
2.2 Kategoriale versus dimensionale Diagnostik – 12	2.6 Der diagnostische Prozess – 14
	2.6.1 Was soll diagnostiziert werden? – 14
2.3 Das amerikanische Klassifikationssystem DSM-IV – 12	2.6.2 Psychometrische Diagnostik – 15
	2.6.3 Verhaltens- und Bedingungsanalyse: Das SORCK-Modell – 15
2.4 Das internationale Klassifikationssystem ICD-10 – 13	2.7 Literaturverzeichnis – 16

Lernziele

- Einen Überblick über den Prozess der Diagnosestellung bekommen.
- Den Unterschied zwischen kategorialer und dimensionaler Diagnostik kennen lernen.
- Einen Einblick in die gängigen Klassifikationssysteme (DSM-IV und ICD-10) bekommen.
- Wichtige diagnostische Methoden und ihre jeweilige Zielsetzung erklären können.
- Grundbegriffe der Verhaltensanalyse kennen und am Beispiel anwenden können.

2.1 Einführung

Das Stellen einer korrekten Diagnose ist Basis für eine korrekte Behandlung. Daneben dienen Diagnosen jedoch auch einer **vereinfachten Kommunikation** zwischen verschiedenen Behandlern und entsprechen dem Bedürfnis nach Reduktion der komplexen Information im Kontakt mit Patienten. Auch für die Forschung haben Diagnosekataloge eine große Rolle gespielt. Gerade in den letzten 30 Jahren wurden viele Forschungsfragen an einzelnen Diagnosen festgemacht, so dass viele diagnosebezogene Erkenntnisse vorliegen. Sowohl für die Entscheidung Pharmakotherapie versus Psychotherapie als auch für die Entscheidung, welche Form und welche Module die Psychotherapie beinhalten soll, sind grundlegende Informationen über die Diagnose von Relevanz.

Neben diesen Vorteilen einer diagnostischen Klassifikation muss jedoch auch berücksichtigt werden, dass Diagnosen im psychischen Bereich keine abgeschlossenen Entitäten sind, wie man es sich oftmals von medizinischen Diagnosen erhofft. Diagnosen von psychischen Erkrankungen beschreiben in aller Regel eher Prototypen, die in der klinischen Praxis jedoch häufig überlappen. Deshalb ist es nicht verwunderlich, dass bei genauer Diagnostik viele Menschen mit psychischen Erkrankungen nicht nur

Eine korrekte Diagnosestellung ist Basis für die Therapieplanung und dient der Kommunikation und der Übertragung von Forschungsergebnissen.

► **Definition
Klassifikation**

Der diagnostische Prozess erfolgt in mehreren Schritten. Zunächst werden Symptome exploriert, die zu einem Syndrom zusammengefasst werden können. Erst die Prüfung weiterer Kriterien führt schließlich zu einer Diagnose.

Moderne Klassifikationssysteme verwenden operationalisierte und kriteriumsorientierte Diagnostik.

eine Diagnose erhalten, sondern mehrere Diagnosen. Dies wird als »**Komorbidität**« bezeichnet. Komorbidität beschreibt das Vorliegen verschiedener Erkrankungen bei einer Person. Nach dem **Komorbiditätsprinzip** sollen bei einem Patienten so viele Diagnosen gestellt werden, wie für die Gesamtbeschreibung der klinischen Problematik notwendig sind.

2.1.1 Wie kommt man zu einer Diagnose?

Definition

Mit dem Begriff »**Klassifikation**« bezeichnet man im Allgemeinen die Einordnung von Phänomenen, die bestimmte gemeinsame Merkmale haben, in ein nach Klassen gegliedertes System. Im Rahmen des »diagnostischen Prozesses« werden bestimmte Merkmale oder Personen in diagnostische Klassen bzw. in Kategorien eines Klassifikationssystems eingeordnet (vgl. Wittchen & Lachner, 1996).

Im diagnostischen Prozess werden zuerst **Symptome** exploriert. Treten bestimmte Symptome gehäuft gemeinsam auf, spricht man von einem **Syndrom**. So kann als Einzelsymptom z. B. »körperliche Inaktivität« gewählt werden. Tritt körperliche Inaktivität gemeinsam mit affektiver Verstimmung auf sowie mit Interessensverlust, so könnte man von einem depressiven Syndrom sprechen. Ein depressives Syndrom für sich genommen rechtfertigt noch nicht die Diagnose »Depression«, sondern kann auch bei anderen Erkrankungen vorkommen (z. B. Schizoaffective Psychose, Zustand nach Schädel-Hirntrauma). Liegt ein bestimmtes Syndrom vor, müssen deshalb weitere Einschluss- und Ausschlusskriterien geprüft werden, um zu entscheiden, ob die Kriterien einer **Diagnose** erfüllt werden. Somit lässt sich der Prozess der diagnostischen Klassifikation vereinfachen:

Symptom \Leftrightarrow Syndrom \Leftrightarrow Diagnose

Die Diagnosestellung selbst kann, ähnlich wie andere psychodiagnostische Prozesse, auf ihre Gütekriterien hin überprüft werden. Auch hier ist möglichst hohe Reliabilität und Validität zu fordern. Besondere Bedeutung für die **Güte einer Diagnosestellung** hat die Interrater-Reliabilität, also die Frage, mit welcher Wahrscheinlichkeit zwei Diagnostiker bei einem Patienten zur selben Diagnose kommen. Hierfür wird üblicherweise der statistische Kennwert »Cohen Kappa« berechnet. Gerade ältere Klassifikationssysteme (z. B. ICD-9) sind zu Recht für ihre niedrige Interrater-Reliabilität kritisiert worden (z. B. Diagnosen wie »neurotische Depression«). Mit anderen Worten: Hatten zwei unabhängige Diagnostiker denselben Patienten untersucht, und einer der beiden stellte die Diagnose »neurotische Depression«, so war es sehr wahrscheinlich, dass der andere Diagnostiker zu einer anderen Diagnose kam. Aus diesem Grund war eine grundsätzliche Überarbeitung des diagnostischen Ansatzes notwendig.

Moderne Klassifikationssysteme zeichnen sich durch eine **operationalisierte und kriteriumsorientierte Diagnostik** aus. Kriteriumsorientierte Diagnostik bezeichnet die Berücksichtigung klarer Kriterien bei der Diagnosestellung, die möglichst exakt exploriert oder beobachtet werden können (Beispiel: »Vorliegen einer depressiven Verstimmung die meiste Zeit über mindestens 14 Tage« als ein Kriterium zur Diagnose einer depressiven Episode). Operationalisierte Diagnostik bezeichnet die explizite Vorgabe von Ein- und Ausschlusskriterien und von diagnostischen Entscheidungs- und Verknüpfungsregeln. So kann definiert werden, dass für eine bestimmte Diagnose mindestens vier von zwölf Kriterien vorliegen müssen (vgl. Panikattacken). Ein anderes Beispiel ist, dass körperliche Beschwerden unter der Diagnose der Suchterkrankung

darunter zu subsumieren sind und nicht als »somatoforme Störungen« diagnostiziert werden sollten.

Das amerikanische Klassifikationssystem DSM-III (American Psychiatric Association, 1980) war das erste Klassifikationssystem für psychische Erkrankungen, das konsequent eine operationalisierte und kriteriumsorientierte Diagnostik umsetzte. Das Klassifikationssystem der Weltgesundheitsorganisation WHO (1994), ICD, hat in seiner zehnten Revision dieses Grundprinzip der Klassifikation psychischer Erkrankungen mit übernommen. Da beide Systeme in ihren aktuellen Versionen (DSM-IV und ICD-10) substantielle Relevanz haben, sollen sie weiter unten näher vorgestellt werden.

2.1.2 Wann ist jemand psychisch krank?

Die Frage, ob und wann ein psychischer Zustand als »Krankheit« zu bezeichnen ist, ist nicht einfach zu beantworten. Alle Menschen müssen von Zeit zu Zeit Phasen durchleben, in denen es ihnen psychisch nicht gut geht, in denen Probleme vorliegen, die sie bedrücken, wie etwa Trennungen von Partnerschaften, die sie in eine Krise stürzen etc. Wann werden solche Zustände als normales menschliches Erleben interpretiert, wann sollte man von einer Krankheit sprechen?

Zur Definition, was »normal« ist, bieten sich fünf **Normalitätsbegriffe** an:

1. **Idealnorm:** Diese definiert »normal« als einen Zustand einer vordefinierten Vollkommenheit. Bestes Beispiel hierfür ist eine frühere (nicht mehr aktuelle!) Definition von Gesundheit der WHO, die Gesundheit als Zustand vollständigen körperlichen, seelischen, geistigen und sozialen Wohlbefindens umschrieb. Diese Definition aus den 50er-Jahren hat einen gravierenden Nachteil: Die meisten Menschen leben die meiste Zeit ihres Lebens nicht in diesem paradiesischen Zustand, so dass nach einem solchen Normalitätsbegriff kaum jemand gesund wäre.
2. **Statistische Norm:** Hierbei wird als Normalität definiert, wenn sich Menschen in einem bestimmten Bereich um den Mittelwert eines Merkmals befinden. So könnte man definieren, dass jemand normal groß ist, wenn er im Bereich der durchschnittlichen Größe seiner Alters- und Geschlechtsgruppe plus/minus eine Standardabweichung liegt. Die statistische Norm spielt z. B. eine Rolle bei der Definition von Unter- und Übergewicht, bei der Definition von Bluthochdruck und bei vielen anderen Merkmalen der Medizin. In diesen Fällen ist oftmals bekannt, dass das zugrundeliegende Merkmal in seinem Extrembereich Krankheit bedeutet oder ein Hinweis dafür sein kann. Allerdings ist nicht bekannt, ab welchem Grenzwert man den Trennungsstrich ziehen sollte zwischen Gesundheit und Krankheit.
3. **Soziale Norm:** Manche Verhaltens- und Erlebensweisen sind durch die Werte einer Gesellschaft definiert. Manches ist in bestimmten Kulturen normal, vor anderem kulturellen Hintergrund jedoch nicht. So gilt es in Deutschland als nicht normal, nackt auf dem Markt einkaufen zu gehen, während ein solches Verhalten in anderen Kulturen völlig unauffällig wäre. In diesem Sinne ist beispielsweise normales versus nicht-normales Sexualverhalten sehr stark durch gesellschaftliche Normen definiert. Klassifikationssysteme wie ICD-10 versuchen, soziale Normsetzungen möglichst wenig zu berücksichtigen, um in verschiedenen Kulturen Gültigkeit zu haben.
4. **Subjektive Norm:** Hierbei legt das Individuum selbst fest, was es als normal empfindet. Dies ist wichtig, um zu verstehen, wann eine einzelne Person glücklich oder unglücklich ist: Es hängt oftmals von ausgesprochen individuellen Ansprüchen ab. Allerdings sind individuelle Normen für Gesundheitssysteme nicht sinnvoll einsetzbar, da eine Gesellschaft individuumsübergreifende Definitionen präferiert.
5. **Funktionale Norm:** Hierbei spielt eine Rolle, ob jemand die ihm zugetragenen Funktionen erfüllen kann. Jemand wird demnach als krank definiert, wenn er z. B. nicht mehr arbeiten, soziale Beziehungen eingehen oder genießen kann. Die gän-

Die Abgrenzung zwischen psychischer »Krankheit« und »normalem Zustand« ist wegen zeitlicher, qualitativer und dimensionaler Aspekte schwierig.

Zur Definition, was »normal« ist, unterscheidet man zwischen Idealnorm, statistischer Norm, sozialer Norm, subjektiver Norm und funktionaler Norm.

Bei der Mehrzahl der Diagnosen für psychische Störungen steht ein funktionaler Normbegriff im Vordergrund.

In der kategorialen Diagnostik werden Diagnosen vergeben, als wären es klar zu trennende Zustände: »gesund« oder »krank«. Die dimensionale Diagnostik berücksichtigt, dass ein kontinuierlicher Übergang zwischen den Polen »gesund« und »krank« existiert.

Das amerikanische Klassifikationssystem für psychische Erkrankungen DSM-IV enthält einen multiaxialen Katalog mit Diagnosen, für die neben den Kriterien auch Hintergrundinformationen beschrieben werden.

gigen Klassifikationssysteme ICD-10 und DSM-IV orientieren sich in weiten Bereichen an diesem Konzept der funktionalen Norm zur Definition, was gesund und was krank ist.

2.2 Kategoriale versus dimensionale Diagnostik

Diagnosen wie Schizophrenie werden vergeben, als wären es kategoriale Einheiten. Dadurch wird nahe gelegt, dass es zwei klar zu trennende Zustände gibt: Entweder jemand ist gesund, oder es liegt die Krankheit XY vor. Man nennt dieses Vorgehen **kategoriale Diagnostik**. Dabei werden psychische Störungen als diskrete, klar voneinander und von der Normalität abgrenzbare und unterscheidbare Störungseinheiten beschrieben. Diese »Dichotomisierung« des Krankheitsbegriffs ist jedoch bei den meisten psychischen Erkrankungen nicht angemessen. Vielmehr sind die Krankheitsmerkmale in aller Regel dimensional verteilt, so dass es einen kontinuierlichen Übergang zwischen gesund und krank gibt. Diese Tatsache wird in der **dimensionalen Diagnostik** berücksichtigt: Dabei werden psychische Merkmale einer Person entlang eines Kontinuums erfasst und beschrieben. Moderne Klassifikationssysteme versuchen, diesem dimensionalen Aspekt von psychischen Krankheiten immer mehr Rechnung zu tragen. Viele psychometrische Instrumente erbringen ebenfalls eher dimensionale Ergebnisse (z. B. Depressivitätsscores). Demgegenüber wird in der Kommunikation zwischen Behandlern die Verwendung von Diagnosen im Sinne von kategorialen Variablen in aller Regel aus ökonomischen Gründen bevorzugt.

2.3 Das amerikanische Klassifikationssystem DSM-IV

Das **amerikanische Klassifikationssystem für psychische Erkrankungen DSM** (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Diseases) wird von Wissenschaftlern sehr geschätzt, da es in verschiedenen Bereichen stärker auf Forschungsergebnisse aufbaut als die international eingesetzte ICD-10 (s. u.). Das aktuell gültige **DSM-IV-TR** (American Psychiatric Association, 2000) zeichnet sich auch durch eine multiaxiale Diagnostik aus, so dass diagnostische Einschätzungen auf verschiedenen Ebenen vornehmbar sind:

- Achse 1: Diagnostik der klinischen Störungen
- Achse 2: Diagnostik von geistiger Behinderung und Persönlichkeitsstörungen
- Achse 3: Diagnostik der medizinischen Krankheitsfaktoren
- Achse 4: Diagnostik der psychosozialen Probleme (z. B. im sozialen Umfeld, Ausbildung, Beruf, Wohnung, Rechtssystem)
- Achse 5: Diagnostik des globalen Funktionsniveaus (hier wird in aller Regel die Skala Global Assessment of Functioning (GAF) zur Hilfe genommen, die in einem Bereich von 1 bis 100 anzeigt, wie stark jemand durch die Erkrankung in seinen psychosozialen Funktionen beeinträchtigt ist; höhere Werte entsprechen einer besseren Funktionsfähigkeit)

Ein Beispiel für eine **polyaxiale Diagnostik** ist in ■ Tabelle 2.1 aufgeführt.

Wie aus diesem Beispiel ersichtlich wird, definiert das DSM-IV-TR für jede Diagnose einen Zahlencode, der zur Abkürzung verwendet werden kann (die Codes für die psychischen Erkrankungen orientierten sich hierbei an ICD-9, während ICD-10 eine neue Codierungsrichtlinie verwendet). Das DSM-IV-TR ist in diagnostische Kategorien aufgeteilt. So findet sich eine eigene Kategorie für »Schizophrenie und andere psychotische Störungen«, während »Angststörungen« (einschließlich Panikstörung, Agoraphobie, Posttraumatischer Belastungsstörung, Sozialer Phobie) eine andere diagnostische Kategorie darstellen.

■ **Tab. 2.1** Beispiel für polyaxiale Diagnostik nach DSM-IV. (Aus Baumann, Perrez (1998). Lehrbuch Klinische Psychologie, Psychotherapie. Bern: Huber. Verwendung mit freundlicher Genehmigung.)

Achse	Diagnose
Achse 1:	Affektive Störung aufgrund von Hypothyreose mit depressiven Merkmalen (Code: 293.83)
Achse 2:	Keine Diagnose; es liegen jedoch histrionische Persönlichkeitszüge vor (Code: V71.09)
Achse 3:	Hypothyreose (Code: 244.9)
Achse 4:	Keine ausgeprägten psychosozialen oder umgebungsbedingten Probleme
Achse 5:	GAF = 55 (bei Einweisung), GAF = 70 (bei Entlassung)

2.4 Das internationale Klassifikationssystem ICD-10

Die Weltgesundheitsorganisation WHO gibt einen Katalog zur Klassifikation von Krankheiten heraus, der zurzeit in der zehnten Revision zur Verfügung steht (International Classification of Diseases, ICD-10; Dilling et al., 2000). Im Gegensatz zum DSM steht hierbei weniger die wissenschaftliche Fundierung im Vordergrund als vielmehr die Kompromissfindung und Anpassung an die verschiedenen Kulturen dieser Erde. **ICD-10 deckt alle Krankheiten** ab, nicht nur die psychischen Erkrankungen. In Deutschland ist die Diagnosestellung nach ICD-10 von Krankenkassen und Rentenversicherungsträgern verpflichtend eingeführt worden. Dies bedeutet, dass jeder Arzt oder Psychotherapeut Diagnosen nach diesem Klassifikationskatalog stellen muss. Wegen der Komplexität von Klassifikationssystemen, vor allem wenn alle körperlichen Erkrankungen ebenfalls mit abgedeckt werden, wurden zwei unterschiedlich differenziert ausgearbeitete Klassifikationskataloge für ICD-10 vorgestellt: Eine **Wissenschaftler-Version** mit genau ausformulierten einzelnen Kriterien sowie eine **Praktiker-Version**, die eher einfach umschreibende Definitionen der verschiedenen Krankheitsbilder enthält.

ICD-10 teilt die einzelnen Krankheiten in verschiedene Kapitel ein, die oftmals sehr stark von ärztlichen Spezialisierungen sowie Organsystemen geprägt sind (z. B. H00-H95 für Augen- und Ohrerkrankungen). Jedes Kapitel ist durch einen Code, der mit einem fest definierten Buchstaben beginnt, gekennzeichnet. **Psychische Erkrankungen** sind durch sog. **F-Codes** charakterisiert. Nach diesem Buchstaben charakterisieren zwei Zahlen die in diesem Unterkapitel beschriebenen Störungen (z. B. F30-F39 für Affektive Störungen). Anschließend folgen bis zu zwei Stellen nach dem Komma, die die genaue Diagnose charakterisieren (z. B. Agoraphobie mit Panikstörung F40.01). ICD-10 erlaubt nationale Adaptationen, so dass in Deutschland die gültige Version unter dem Stichwort ICD-10 GM (für »German Modification«) zu finden ist. So wurde in der deutschen Ausgabe die neue Diagnose F45.41 »Chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren« aufgenommen, die sich in anderen Ländern nicht in der ICD-10 findet. Trotzdem ist diese neu eingeführte Diagnose für Deutschland verbindlich und wurde in die Leistungskataloge der Behandlungseinrichtungen aufgenommen.

2.5 Verfahren zur Klassifikation psychischer Erkrankungen

Der qualitativ beste Weg, um zu einer sicheren Diagnose von psychischen Erkrankungen zu kommen, ist die Verwendung von strukturierten und standardisierten klinischen **Interviews**. Kaum jemand ist in der Lage, wirklich alle detaillierten Einzel-

Die ICD-10 dient der Einordnung und Codierung sämtlicher Krankheiten und ist in Deutschland für die Diagnosestellung von Krankenkassen und Rentenversicherungsträgern vorgeschrieben.

Die Verwendung standardisierter Interviewleitfäden zur Klassifikation psychischer Störungen erbringt die qualitativ besten Ergebnisse.

Diagnostik dient nicht alleine zur Klassifikation, sondern auch dazu, Faktoren für Auslösung und Aufrechterhaltung einer Erkrankung herauszufinden.

kriterien von Diagnosen der kompletten Klassifikationssysteme im Kopf zu haben. Dadurch ergeben sich bei den Spontandiagnosen von Klinikern systematische Probleme (z. B. gehäuftes Übersehen von Komorbiditätsdiagnosen). Um diese Probleme zu verhindern, wurden entsprechende **Interviewleitfäden** ausgearbeitet und evaluiert. Zu den häufigsten klinischen Interviews für die Diagnostik psychischer Störungen zählen:

- **Strukturiertes Klinisches Interview für DSM-IV** (SKID-I; Wittchen, Zaudig & Fydrich, 1997): Dieses ist vor allem auf DSM-IV zugeschnitten und fordert vom Interviewer gewisse klinische Expertise. In der gleichen Tradition wurde auch ein strukturiertes Interview zur Erfassung von Persönlichkeitsstörungen entwickelt (SKID-II).
- **Composite International Diagnostic Interview** (CIDI; WHO, 1990): Der Vorteil des CIDI liegt darin, dass sowohl DSM- als auch ICD-Diagnosen aus dem Bereich psychische Erkrankungen geprüft werden können. Während das zuvor genannte SKID bereits einiges an klinischer Erfahrung voraussetzt, kann das CIDI auch von speziell geschulten Laien eingesetzt werden. Allerdings zählt es zu den aufwändigsten Verfahren für die Klassifikation.
- **Diagnostic Interview Schedule** (DIS; Compton & Cottler, 2004), **Schedules for Clinical Assessment in Neuropsychiatry** (SCAN; Wing et al., 1990): Das DIS ist ein standardisiertes Instrument zur Diagnosestellung, das aufgrund seines hohen Strukturierungsgrades auch von geschulten Laien angewendet werden kann. Das SCAN-System ist ein Instrument, das sowohl eine Klassifikation der wichtigsten psychiatrischen Störungsbilder des Erwachsenenalters (kategoriale Diagnostik) als auch eine umfassende dimensionale Beschreibung psychopathologischer Symptomatik ermöglicht.
- **Diagnostisches Interview für Psychische Störungen** (DIPS; Schneider & Margraf, 2006, deutsche Version des ADIS; Grisham, Brown, & Campbell, 2004): Dieses Interviewverfahren stammt ursprünglich aus der Angstforschung, wurde dann jedoch auch auf die Erfassung anderer psychischer Erkrankungen ausgeweitet.

Da alle diese Interviewverfahren relativ aufwändig sind, stellt sich die Frage nach **ökonomischen Kurzverfahren**. So wurde z. B. für das DIPS eine Kurzversion entwickelt (Mini-DIPS; Margraf, 1994), die ähnlich gute Gütekriterien erreicht wie die Langversion. Eine ökonomische Alternative zu diesen Verfahren stellen die Internationalen Diagnose-Checklisten für ICD-10 und DSM-IV dar (IDCL; Hiller, Zaudig, & Mombour, 1997). Deren Strukturierungsgrad ist deutlich geringer als bei den ausgearbeiteten o. g. Interviews, dennoch werden alle Einzelkriterien berücksichtigt. Falls ein Patient die Hauptkriterien einer Diagnose nicht erfüllt, kann direkt zur nächsten Diagnose gesprungen werden. Dadurch wird das Verfahren ökonomischer.

2.6 Der diagnostische Prozess

2.6.1 Was soll diagnostiziert werden?

Im Rahmen der Diagnostik sollte man zur Klassifikation der psychischen Erkrankung kommen (wie bereits weiter oben dargestellt). Dies ist jedoch nicht das einzige Ziel der Diagnostik. Durch die Diagnostik soll auch das **Grundverständnis für die vorliegende Erkrankung** und die beeinflussenden Bedingungen gewonnen werden, und es sollte nach Möglichkeit auch eine **Therapieplanung** darauf aufbauen. Zum Verständnis der Entstehungsgeschichte und Chronifizierung von psychischen Erkrankungen ist die Unterscheidung folgender Faktoren essenziell:

prädisponierende Faktoren ⇔ auslösende Faktoren ⇔ aufrechterhaltende Faktoren

Prädisponierende Faktoren können sowohl biologischer Art (z. B. genetische Risikokonstellationen, angeborene psychophysiologische Hyperreagibilität) als auch psychologischer Art sein (traumatisierende Lebenserfahrungen in der frühen Kindheit, fehlender Aufbau eines sicheren Bindungsstils in Kindheit und Jugend, fehlende Vorbilder für Problembewältigung). Durch solche prädisponierende Risikobedingungen allein kommt es in aller Regel noch nicht zu einer psychischen Erkrankung. Hierzu müssen oftmals zusätzliche auslösende Ereignisse auftreten (akute Lebensbelastung, Tod eines Angehörigen, Mobbing durch Kollegen). Betrachtet man die Tatsache, dass die meisten Patienten in psychologischer Behandlung zuvor schon mehrere Jahre an einer psychischen Erkrankung leiden, so ist ebenfalls naheliegend, dass zusätzliche aufrechterhaltende Bedingungen zu berücksichtigen sind. Entwickelt die Person z. B. Schon- und Vermeidungsverhalten oder wirkt die Umwelt verstärkend auf Symptomäußerungen, so können dies Faktoren zur Verfestigung der Symptomatik darstellen.

Die **gleichzeitige Berücksichtigung** prädisponierender, auslösender und aufrechterhaltender Bedingungen sollte zu einer individuellen Abwägung führen, auf welchen der genannten Aspekte in der Therapie besonders eingegangen werden sollte. So kann es sein, dass gerade bei langjähriger Chronifizierung die auslösenden Bedingungen vollständig an Relevanz verloren haben, dafür jedoch die aufrechterhaltenden Bedingungen von zentraler Bedeutung für die Therapieplanung sind. Ist die Erkrankung relativ kurzfristig aufgetreten, so werden vor allem auslösende Faktoren zu berücksichtigen sein. Hinsichtlich prädisponierender Faktoren ist zu prüfen, ob sie zu einer weiteren Aufrechterhaltung der Erkrankung beitragen (z. B. vorhandene Selbstvorwürfe bzgl. Kindheitsproblemen) und ob eine Veränderbarkeit dieser prädisponierenden Faktoren besteht.

2.6.2 Psychometrische Diagnostik

Als Diagnostiker sollte man sich nach Möglichkeit nicht nur auf eine einzige Erhebungsmethode (z. B. diagnostisches Gespräch) verlassen, sondern zur weiteren Informationssammlung und Gegentestung zusätzliche Datenquellen einsetzen (**multimethodale Diagnostik**). Hierzu bieten sich validierte psychometrische Instrumente (Fragebögen, visuelle Analogskalen etc.) an, jedoch auch systematische Verhaltensbeobachtung und die Erhebung von Fremdanamnesen (z. B. Exploration der Angehörigen). Auch sollte in vielen Fällen eine neuropsychologische Diagnostik in Erwägung gezogen werden, da viele Patienten mit psychischen Störungen über Aufmerksamkeits- und Gedächtnisdefizite klagen, die objektiv geprüft werden sollten.

2.6.3 Verhaltens- und Bedingungsanalyse: Das SORCK-Modell

Um die Aufrechterhaltung des problematischen Verhaltens in der Gegenwart zu systematisieren und darauf aufbauend eine Therapieplanung abzuleiten, hat sich das sog. **SORCK-Modell** bewährt (Kanfer & Saslow, 1965). Im SORCK-Modell werden die aktuell ablaufenden problematischen Verhaltensweisen nach folgenden Prozessaspekten analysiert:

- **S** = situative Merkmale (z. B. externe Merkmale der Problemsituationen oder interne Zustände, die Problemsituationen auslösen)
- **O** = Organismusvariablen (biologische Dispositionen, Aufmerksamkeitsprozesse, Bewertung von Situationsmerkmalen)
- **R** = Reaktionskomponenten (hierbei vor allem Unterscheidung in motorische, kognitive, emotionale und physiologische Reaktionskomponenten berücksichtigen)

Die Aufteilung in prädisponierende, auslösende und aufrechterhaltende Bedingungen psychischer Erkrankungen bietet die Basis für eine profunde Therapieplanung.

Psychologische Diagnostik sollte möglichst »multimethodal« geschehen, d.h. sie sollte so umfassend wie möglich sein und sich verschiedener Datenquellen bedienen.

Das SORCK-Modell stellt ein einfaches Modell zur Analyse problematischer Verhaltens- und Erlebensweisen dar.

Während die Mikroanalyse Problemverhalten in einer spezifischen Situation aufzeigt, beleuchtet die Makroanalyse Regelmäßigkeiten und Muster in der Problematik.

Auf diese Reaktionen erfolgen Konsequenzen **C**, die in irgendeiner Form verstärkend sein können (z. B. direkte Zuwendung auf Schmerzverhalten bei Patienten mit chronischem Schmerzsyndrom; negative Verstärkung durch Kontrollverhaltensweisen bei Patienten mit Zwangsstörungen).

Art und zeitliche Verhältnisse dieser oftmals verstärkenden Konsequenzen werden abschließend in den sog. Kontingenzverhältnissen **K** festgelegt (z. B. prompte positive Verstärkung, intermittierende Verstärkung, langfristige Einflüsse; kurzfristig negative Verstärkung bei langfristiger Problemchronifizierung).

Die genaue Analyse von problematischen Situationen, die als relevant für die psychische Störung eingeschätzt werden, wird auch als **Mikroanalyse** bezeichnet. Diese wird unterschieden von der **Makroanalyse**, welche nicht einzelne spezifische Situationen näher analysiert, sondern eher übergeordnete Regelmäßigkeiten. Beispiele für Makroanalysen sind die Plananalyse und die Schemaanalyse. Bei der Schemaanalyse wird versucht, kognitive Schemata der Patienten zu analysieren. Dies sind kognitive Grundstrukturen, die das individuelle Verhalten formen (z. B. »Ich möchte immer erfolgreich sein«, »Ich möchte von allen Menschen immer gemocht werden«, »Nur wer beruflich erfolgreich ist, ist ein wertvoller Mensch«).

Aus den mithilfe der Mikro- und Makroanalyse gewonnenen Erkenntnissen über problematisches Verhalten und Erleben von Patienten mit psychischen Störungen lässt sich in aller Regel ein **Therapieplan** ableiten. Dieser kann eine Gewichtung beinhalten: Zum Beispiel können besonders situative Merkmale **S** beeinflusst werden (z. B. Stimuluskontrolle bei Personen mit schwerem Übergewicht, indem Nahrungsmittel nicht permanent frei verfügbar herumliegen), es können vor allem Organismusvariablen **O** verändert werden (z. B. individuelle Bewertungsprozesse, Selbstwertgefühl, Vulnerabilitäten aufgrund von ungünstigen Sozialisationsprozessen), und es kann die Reaktion **R** (z. B. in Form einer Verhaltensänderung) beeinflusst werden (z. B. Abbau von Vermeidungsverhalten bei Angstpatienten). Durch Beeinflussung der Kontingenzverhältnisse und Konsequenzen auf das Verhalten (z. B. Abbau der emotionalen Zuwendung von Angehörigen von Schmerzpatienten auf Schmerzaußerungen hin) kann ebenfalls auf eine Verbesserung der Gesamtsituation hingearbeitet werden. Somit kann eine systematische Diagnostik und Klassifikation direkt in die Therapieplanung übergehen, an die sich dann die Durchführung psychologischer Interventionen anschließt.

2.7 Literaturverzeichnis

- American Psychiatric Association (1980). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (3rd ed.). Washington, DC: American Psychiatric Association.
- American Psychiatric Association (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4th ed., text rev.). Washington, DC: American Psychiatric Press.
- Compton, W. M. & Cottler, L. B. (2004). The Diagnostic Interview Schedule (DIS). In: Hilsenroth, M. J. & Segal, D. L. (Eds.), *Comprehensive handbook of psychological assessment* (vol. 2, pp. 153-162). New York: Wiley.
- 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.
- Grisham, J. R., Brown, T. A. & Campbell, L. A. (2004). The Anxiety Disorders Interview Schedule for DSM-IV (ADIS-IV). In: Hilsenroth, M. J. & Segal, D. L. (Eds.), *Comprehensive handbook of psychological assessment* (vol. 2, pp. 163-177). New York: Wiley.
- Hiller, W., Zaudig, M. & Mombour, W. (1997). *IDCL – Internationale Diagnosen Checklisten für DSM-IV und ICD-10*. Göttingen: Hogrefe.
- Kanfer, F. H. & Saslow, G. (1965). Behavioral analysis. *Archive of Psychiatry*, 12, 529-538.
- Margraf, J. (1994). *Diagnostisches Kurz-Interview bei psychischen Störungen – Mini-DIPS, Handbuch und Interviewleitfaden*. Berlin: Springer.
- Schneider, S. & Margraf, J. (2006). *Diagnostisches Interview bei psychischen Störungen (DIPS für DSM-IV-TR)*. Berlin: Springer.

- Wing, J. K., Babor, T., Brugha, T., Burke, J., Cooper, J. E., Giel, R. et al. (1990). SCAN. Schedules for Clinical Assessment in Neuropsychiatry. *Archives of General Psychiatry*, 47(6), 589-593.
- Wittchen, H.-U. & Lachner, G. (1996). Klassifikationen. In: Ehlers, A. & Hahlweg, K. (Hrsg.), *Enzyklopädie der Psychologie* (Bd. 1, S. 3-67). Göttingen: Hogrefe.
- Wittchen, H.-U., Zaudig, M. & Fydrich, T. (1997). *Strukturiertes Klinisches Interview für DSM-IV*. Göttingen: Hogrefe.
- World Health Organisation (1990). *Composite International Diagnostic Interview (CIDI, Version 1.0)*. Genf: WHO.
- World Health Organisation (1994). *The ICD-10 classification of mental and behavioural disorders: Diagnostic criteria for research*. Genf: WHO.

? Kap. 2, Bd. 1: Kontrollfragen

Die Antworten auf die folgenden Fragen finden Sie im Lerncenter zu diesem Kapitel unter ► www.lehrbuch-psychologie.de (Projekt Klinische Psychologie und Psychotherapie für Bachelor.)

1. Beschreiben Sie den Prozess der Diagnosestellung.
2. Was bezeichnet kriteriumsorientierte Diagnostik?
3. Nennen Sie die wichtigsten Unterschiede zwischen kategorialer und dimensionaler Diagnostik.
4. Beschreiben Sie kurz den Aufbau von DSM-IV und ICD-10.
5. Was sind die wichtigsten Methoden zur Erfassung psychischer Erkrankungen?
6. Beschreiben Sie kurz das SORCK-Modell.

<http://www.springer.com/978-3-642-16973-1>

Klinische Psychologie und Psychotherapie für Bachelor
Band I: Grundlagen und Störungswissen. Lesen, Hören,
Lernen im Web

Berking, M.; Rief, W. (Hrsg.)

2012, XII, 226 S. Mit Online-Extras., Softcover

ISBN: 978-3-642-16973-1