

Psychologische Diagnostik und Begutachtung

Skriptum: Mag.a Dr.in Moira Atria

Vortragende: Mag.a Yvonne Czermak, Mag.a Dr.in Katharina Stigler

„Diagnostik ist ein zentraler Bestandteil jeder psychotherapeutischen Intervention, sowohl zu Beginn einer Therapie wie auch während ihres Verlaufes und an ihrem Ende. In diesen drei Phasen erfüllt sie unterschiedliche Funktionen und hilft dabei dem Psychotherapeuten, seine Fähigkeit nach den geltenden Regeln der Kunst durchzuführen“ (Laireiter, 2000, S.v).

Vorbemerkung zu Skriptum und Seminar

Das vorliegende Skriptum konzentriert sich auf Aspekte der psychologischen Diagnostik, die für die psychotherapeutische Praxis relevant erscheinen:

- Unterschied und Gemeinsamkeit verschiedener diagnostischer Zugänge aus Psychiatrie, Psychologie und Psychotherapie,
- Gestaltung des Erstgesprächs, erste diagnostische Einschätzung (Diagnose, Indikation, Prognose), Dokumentation (Protokollierung, Befund, Verlaufsdagnostik) und Evaluation,
- Einblick in ausgewählte Erhebungsverfahren (Fragebogen, Interview),
- Einblick in die Grundlagen psychologischer Diagnostik und ihre Konzepte,
- *Nur im Seminar* (nicht im Skriptum): Diskussion von Fallvignetten in Bezug auf Erhebungsmethoden, Diagnose, Befund, Dokumentation, Evaluation.

Das Seminars hat zum Ziel, die Methoden der Diagnostik darzustellen und zu diskutieren. Es geht also um Prozesse, Verfahren, Haltungen, ihre theoretischen Hintergründe und Anwendungen. Das Skriptum bietet keine umfassende Darstellung psychischer Störungen und ihrer Diagnostik, sondern exemplarische Einblicke. Es bietet auch keine umfassende Darstellung psychologischer Verfahren.

APP-Vorgaben an das Seminar A.5. Psychologische Diagnostik und Begutachtung

- Allgemeine theoretische Grundlagen und Anamneseerhebung, insbesondere des Erstgesprächs,
- Dafür notwendige Kenntnisse über Verhaltensbeobachtung, Entwicklungs-, Intelligenz-, Leistungs- und Persönlichkeitstests, sowie Einstellungs-, Motivations- und Befindlichkeitsdiagnostik,
- Schulenspezifische Erhebungsinstrumente, Alters-, geschlechts- und diagnosespezifische Methoden,
- Therapiebegleitende Diagnostik im Sinne der Evaluation (gruppenspezifische vs. einzelanalytische Darstellung),
- Grundkenntnisse über Methodenlehre zur Interpretation dieser Verfahren,
- Darstellung und Interpretation der Untersuchungsergebnisse gegenüber dem Klienten.
- Psychologische Gutachten: Interpretationshilfen, Aussagekraft, Stellung innerhalb anderer Befunde.

Bemerkung am Rande: Weil eine zeigemäße Schreibweise und Lesbarkeit nicht einfach zu vereinen sind, habe ich folgenden pragmatischen Zugang gewählt: Manchmal verwende ich die weibliche Form, manchmal die männliche Form – es sind immer beide gemeint; auf die *-Form wurde verzichtet, sie hätte die Lesbarkeit zu sehr beeinträchtigt.

Überblick

DIAGNOSTIK IN PSYCHIATRIE, PSYCHOLOGIE UND PSYCHOTHERAPIE.....	4
Psychiatrische Diagnostik	4
Psychologische Diagnostik.....	5
Psychotherapeutische Diagnostik.....	6
Gemeinsamkeiten und Unterschiede in der Diagnostik (der genannten Berufsgruppen).....	7
Diagnostische Aussagen	8
Diagnostik im zeitlichen Verlauf.....	8
ERSTGESPRÄCH UND SCHRIFTLICHE AUFZEICHNUNG.....	10
Das Erstgespräch	10
Worauf Sie unbedingt achten müssen	10
Broschüren (Download).....	11
Was Sie von der Klientin, vom Klienten erfahren möchten	11
Was Sie selbst einschätzen sollten bzw. eventuell auch nachfragen müssen	12
Schriftliche Aufzeichnung zum Erstgespräch	12
Schriftliche Aufzeichnung zum Therapieverlauf	13
Schriftliche Aufzeichnung (Dokumentation) als Befund und als Gutachten	13
DIAGNOSTISCHE VERFAHREN	15
Diagnostik via Verhaltensbeobachtung	15
Verhaltensbeobachtung als Beschreibung der Wahrnehmungen des Untersuchers	15
Zwei weitere Beispiele (psychoanalytischer Kontext).....	16
Diagnostik via Klassifikation	17
Diagnostik via ICD (Beispiel 1 <i>Depression</i> , Beispiel 2 <i>Persönlichkeitsstörung</i>)	17
Diagnostik via DSM 5 (Beispiel 1 <i>Depression</i> , Beispiel 2 <i>Persönlichkeitsstörung</i>)	20
Diagnostik via Interview.....	24
Diagnostik via Fragebögen	26
Diagnostik via Persönlichkeitsfragebögen	27
Diagnostik via Intelligenz- und Leistungstests	29
Intelligenz- und Leistungsdiagnostik im klinischen Einsatz	31
TESTTHEORIE UND TESTKONSTRUKTION	32
Einige Begriffe	32
Testkonstruktion: Wie wird ein psychologisches Verfahren entwickelt?	32
Gütekriterien quantitativer Verfahren.....	33
Objektivität	33

Reliabilität (Zuverlässigkeit)	33
Validität (Gültigkeit)	33
Normierung	34
Gütekriterien qualitativer Verfahren	35
Ausgewählte Podcasts.....	38

Diagnostik in Psychiatrie, Psychologie und Psychotherapie

Psychiatrische Diagnostik

„Das Gespräch mit dem Patienten und die Beobachtung seines Verhaltens sind die wichtigsten Elemente der psychiatrischen Diagnostik, da sich durch sie einerseits die Symptomatik des Patienten erschließt und es andererseits für nur wenige psychiatrische Krankheitsbilder laborchemische oder apparative Diagnoseverfahren gibt, welche die psychiatrische Diagnose erhärten können.

Wichtigste Ziele des psychiatrischen Erstgesprächs sind:

- die Erhebung der Anamnese,
- die Erhebung des psychischen (psychopathologischen) Befunds,
- die Herstellung einer vertrauensvollen Beziehung“

(vgl. Lieb et al., 2012, S. 10).

Der psychopathologische Befund stellt das Kernstück der psychiatrischen Diagnostik dar; dazu gehört die Einschätzung folgender Funktionen: Äußeres Erscheinungsbild, Verhalten in der Untersuchungssituation, Bewusstsein, Orientierung, Aufmerksamkeit und Gedächtnis, formales und inhaltliches Denken, Wahrnehmungsstörungen, Ich-Störungen, Antrieb und Psychomotorik, Affektivität, zirkadiane Besonderheiten, Suizidalität, Fremdgefährdung.

Zur aktuellen **Krankheitsanamnese** wird erhoben: Entwicklung der aktuellen Beschwerden und Symptome; subjektive Gewichtung der Symptome, Beurteilung und Erleben der Erkrankung; Auslösefaktoren (v.a. persönliche Beziehungen, Herkunftsfamilie, Beruf...); bisherige pharmakologische bzw. psychotherapeutische Behandlung; Therapiemotivation; Erwartung an die Behandlung; Komplikationen (delinquentes Verhalten, Selbstverletzung, Gebrauch psychotroper Substanzen).

Frühere psychiatrische und somatische Erkrankungen: Dauer und Verlauf dieser Erkrankungen, ambulante und stationäre Vorbehandlungen, psychosoziale Konsequenzen (vgl. Lieb et al., 2021, S. 12).

Dieses Vorgehen erlaubt der Psychiaterin die vorliegende Störung zu klassifizieren (ICD, DSM); sofern notwendig, die medikamentöse Einstellung vorzunehmen; sofern notwendig, zu anderen Spezialistinnen zu überweisen. Das Ergebnis (Befund) wird mit der Patientin besprochen, manchmal wird auch ein schriftlicher Befund ausgehändigt.

Immer wieder muss die Psychiaterin akut-notwendige Entscheidungen treffen. Oftmals begleitet sie ihre Patientinnen über einen längeren Zeitraum.

Viele Psychiaterinnen arbeiten selbst als Psychotherapeutinnen. Normalerweise ist die medikamentöse Behandlung von der psychotherapeutischen Behandlung getrennt (d.h. wird von zwei verschiedenen Personen vorgenommen).

Die psychiatrische Diagnostik kann am Beginn einer Psychotherapie stehen; kann aber auch während der Therapie erforderlich werden.

Psychologische Diagnostik

„Psychologische Diagnostik ist eine Teildisziplin der Psychologie. Sie dient der Beantwortung von Fragestellungen, die sich auf die Beschreibung, Klassifikation, Erklärung oder Vorhersage menschlichen Verhaltens und Erlebens beziehen. Sie schließt die gezielte Erhebung von Informationen über das Verhalten und Erleben eines oder mehrerer Menschen sowie deren relevanter Bedingungen ein. Die erhobenen Informationen werden für die Beantwortung der Fragestellung interpretiert. Das diagnostische Handeln wird von psychologischem Wissen geleitet. Zur Erhebung von Informationen werden Methoden verwendet, die wissenschaftlichen Standards genügen“ (Schmidt-Atzert & Amelang, 2012, S.4).

Diese Definition in Bestandteile „zerlegt“

- „Beantwortung von Fragestellungen“ – meistens muss diese Fragestellung erst formuliert werden. Je eindeutiger die Fragestellung formuliert wird, desto eindeutiger kann die Beantwortung sein.
- „Menschliches Verhalten und Erleben“, psychologische Diagnostik kann sich auch auf Bedingungen und Situationen beziehen, nicht nur auf Merkmale einer Person.
- „Eines oder mehrerer Menschen“ – untersucht werden Einzelpersonen, Gruppen, Teams, Familien.
- „Gezielte Erhebung von Informationen und deren Interpretation“ – Informationen werden nicht wahllos erhoben, sondern systematisch, nämlich nur jene, die für die Fragestellung relevant erscheinen. Die Trennung von Fakten und deren Bewertung/Interpretation wird betont. Die Interpretation dient der Beantwortung der gestellten Frage, sollte nie Selbstzweck sein.
- „Von psychologischem Wissen geleitet“: Abgrenzung zur Laiendiagnostik; Auswahl der Testverfahren begründet; Gütekriterien dafür relevant.

In der psychologischen Praxis läuft das diagnostische Vorgehen üblicherweise in folgenden Phasen ab:

- Exploration (Anamnese): Worum geht es?
- Formulierung der zu untersuchenden Fragestellung: Was soll untersucht werden? (Geht es um eine Persönlichkeitsdiagnostik? Eine Intelligenz- oder Leistungsdiagnostik? Um eine klinische Fragestellung? Soll die Kommunikation eines Teams untersucht werden? Soll eine Maßnahme evaluiert werden?...
- Untersuchung: Wie soll untersucht werden? Auswahl diagnostischer Verfahren, Durchführung der Untersuchung, Auswertung der Ergebnisse, Interpretation der Ergebnisse im Sinne einer Beantwortung der Fragestellung,
- Befundung im Sinne der Beantwortung der Fragestellung: Was ist herausgekommen?
- Mündliche (manchmal auch schriftliche) Mitteilung an die untersuchte Person: Was bedeutet das Ergebnis für die untersuchte Person?

Kernziel psychologischer Diagnostik ist die Beantwortung einer bestimmten (oder zu bestimmenden) Fragestellung – wenn diese Fragestellung unklar ist, besteht die erste Aufgabe daraus, die Fragestellung zu explizieren.

Beispiele für Fragestellungen sind

- Ist Person X für den Beruf Y geeignet – in Bezug auf ihre Persönlichkeit, ihre Intelligenz und Leistungsfähigkeit?
- Liegt bei Person X eine krankheitswertige Störung vor? (Diagnose)
- Wird durch ein unbegleitetes Besuchsrecht des Vaters das Kindeswohl gefährdet? (Gutachten oder Stellungnahme zu einem Gutachten)

Grundidee psychologischer Diagnostik ist, dass die Fragestellung systematisch, meist unter Zuhilfenahme standardisierter Verfahren (Fragebögen, Tests) beantwortet wird; Beispiele finden Sie z.B. bei Ortner & Kubinger (2021).

Das Ergebnis psychologischer Diagnostik ist typischerweise ein schriftlicher Befund, der die gestellte Frage beantwortet – der Befund enthält

1. Informationen zur untersuchten Person,
2. die Fragestellung in ihrem Kontext (Auftrag, Hintergrund),
3. die Untersuchung (Bedingungen, Methode, Ergebnisse),
4. die Beantwortung der Fragestellung (Interpretation der Ergebnisse) – diese kann eine Empfehlung, eine Indikation, eine Prognose o. Ä. beinhalten.

Aus der „Richtlinie zur Erstellung von klinisch-psychologischen Befunden“ (BMG, 2012)

Zum Einsatz psychodiagnostischer Verfahren vertreten die Autoren der *Richtlinie für die Erstellung von klinisch-psychologischen und gesundheitspsychologischen Befunden und Gutachten* (BMG, 2012), die Ansicht, dass diese nur von klinischen Psychologen bzw. Gesundheitspsychologen verwendet werden dürfen. Das gelte generell für die Auswahl, Vorgabe, Auswertung und Interpretation psychologischer Tests und psychodiagnostischer Verfahren; insbesondere gelte das für jene Verfahren, die im Testanbieterverzeichnis des Leibniz-Zentrums für Psychologische Information und Dokumentation, ZPID, der Universität Trier aufgelistet sind (vgl. BMG, 2012, S.8).

Die formalen Kriterien für den Aufbau eines klinisch-psychologischen Befundes finden Sie auf Seite 10 der Richtlinie.

Psychotherapeutische Diagnostik

Psychotherapie ist ohne Diagnostik nicht denkbar.

- Als Vorbereitung dient sie der Therapieplanung: Diagnose, Indikation, Prognose, Abschätzung von Risiken und der zu erwartenden Schwierigkeiten, Planung der Therapie (Art, Frequenz der Sitzungen, voraussichtliche Dauer etc.).
- Als integraler Bestandteil der Therapie erlaubt sie vertiefende Einblicke in die Problematik der Klientin, sie ermöglicht aber auch, das therapeutische Vorgehen zu evaluieren und ist damit ein wichtiges Instrument für die Therapeutin selbst (Wie reagiert die Klientin auf diese Intervention? Wie ist der Verlauf der Therapie? Was spricht dafür, dass die Klientin von der Therapie profitiert?).
- Letztendlich stellt sie die Grundlage für die Evaluation des Therapieprozesses dar, das ist sowohl für die Klientin, als auch für die Therapeutin wesentlich.

Weil die psychotherapeutische Diagnostik stark von ihrer jeweiligen schulspezifischen Perspektive geprägt ist, könnten verschiedene Therapeutinnen bei ein und derselben Klientin zu unterschiedlichen Einschätzungen kommen. Aus diesem Grund ist man bemüht, neben der schulspezifischen Diagnostik, Einschätzungen zu gewinnen, die schulenübergreifend, in Österreich vor allem via ICD.

Bedeutung der Diagnostik in der psychotherapeutischen Praxis

„Diagnostik ist ein zentraler Bestandteil jeder psychotherapeutischen Intervention, sowohl zu Beginn einer Therapie wie auch während ihres Verlaufes und an ihrem Ende. In

diesen drei Phasen erfüllt sie unterschiedliche Funktionen und hilft dabei dem Psychotherapeuten, seine Fähigkeit nach den geltenden Regeln der Kunst durchzuführen. Ganz allgemein betrachtet bereitet Diagnostik therapeutische Entscheidungen vor und evaluiert deren Effekte, insofern ist sie integraler Bestandteil jeder therapeutischen Handlung, sei es im Mikroprozess (zum Beispiel verbale Intervention in Form einer Interpretation/Bedeutung) oder im Makroprozess betrachtet (Diagnostik vor der Therapie, Therapie Durchführung, Evaluation der Therapie nach ihrem Abschluss) [...]. Eine fachgerechte Diagnostik ist ein eigenständiger Bestandteil der psychotherapeutischen Behandlungsqualität. Um dieses Attribut jedoch zu verdienen, darf sie nicht nur theorien- oder schulenspezifisch sein, sie muss auch klinisch-psychiatrische und klinisch-psychologische Diagnostikkonzepte berücksichtigen und in die psychotherapeutische Arbeit miteinbeziehen“ (Laireiter, 2000, S.v).

Bemerkung: Auch wenn es jenseits der drei Diagnostikbereiche auch andere diagnostische Zugänge gibt, beispielsweise in Pädagogik (vgl. Figdor, 2016), beschränken wir uns im Seminar auf die oben genannten Berufsgruppen, weil deren Zusammenarbeit besonders gängig ist.

Leitlinie für psychotherapeutische Diagnostik (Download):

[https://www.sozialministerium.at/dam/jcr:7d05660c-b825-4764-90ac-18dob20d012d/Diagnostik-Leitlinie,_28.04.2020,_barrierefrei_\(BMSGPK\).pdf#page31](https://www.sozialministerium.at/dam/jcr:7d05660c-b825-4764-90ac-18dob20d012d/Diagnostik-Leitlinie,_28.04.2020,_barrierefrei_(BMSGPK).pdf#page31)

Diese Leitlinie versteht sich als „verdichtete systematisierte Pragmatik“ (S.6), die sich einem Praxisbezug der in Österreich tätigen Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten verpflichtet fühlt. Die Abklärung der Indikation für Psychotherapie erfordere „die Durchführung einer methodenspezifisch-psychotherapeutischen Diagnostik. Dies schließt die Indikation für eine Zusammenarbeit mit Vertreterinnen (Vertretern) anderer Professionen sowie der differenziellen Indikation ein“ (S.7).

Psychotherapeutische Diagnostik wird hier verstanden einerseits als „Entdeckungsverfahren“ (S.7), andererseits als „Informationsverfahren“ (S.8). Das Autorenteam setzt sich dafür ein, „jede psychotherapeutische Methode zu einer Reichhaltigkeit der diagnostischen wie therapeutischen Sprache zu animieren“ (S.6). Die Diagnosestellung soll – unabhängig von der psychotherapeutischen Richtung – auf drei Ebenen erfolgen (S.13):

1. Symptomatik in Relation zur Persönlichkeit,
2. Psychotherapeutische Beziehung,
3. Krisenhaftigkeit.

Gemeinsamkeiten und Unterschiede in der Diagnostik (der genannten Berufsgruppen)

Gemeinsamkeiten

alle „Psy-Expertinnen“ machen Diagnostik und stellen, wo notwendig, eine Diagnose. Dafür verwenden sie das ICD (in Österreich). Alle „Psy-Expertinnen“ sollten bei ihren Patientinnen Suizidalität/Fremdgefährdung und das Vorhanden einer psychotischen Störung erkennen können (ich nehme an, dass diese Punkte

unter dem Begriff der „Krisenhaftigkeit“ subsummiert werden, s.o.). Alle weisen an andere Expertinnen weiter, wo ihnen das notwendig und sinnvoll erscheint. Alle müssen dokumentieren. Alle sollten auch an der Evaluation ihres Vorgehens interessiert sein – dieser Punkt wird m.E. zunehmend an Bedeutung gewinnen.

Unterschiede

der jeweilige theoretische und praktische Hintergrund und alles, was daraus folgt, d.h. die Perspektive auf die Patientin, Klientin, auf ihr Problem etc.; das diagnostische Vorgehen (jenseits einer Klassifikation via ICD), die Art der schriftlichen Aufzeichnung bzw. Dokumentation.

Diagnostische Aussagen

Diagnostische Aussagen erfüllen verschiedene Funktionen und es ist wichtig, dass Sie sich dessen bewusst sind, welche Funktion Ihre Aussage gerade erfüllt:

- Beschreibung – eng an Wahrnehmungen gebunden (z.B. Beobachtung),
- Klassifikation – bezieht sich auf ein Klassifikationsschema (z.B. ICD),
- Erklärung – ist in einem theoretischen Rahmen eingebettet,
- Beurteilung/Evaluation – bezieht sich auf ein Beurteilungskonzept,
- Indikation – zumeist Empfehlung einer Therapie/Intervention (z.B. „eine hochfrequente Therapie“ versus „eine stützende, niederfrequente Therapie“); aber auch Abraten,
- Prognose – eine Aussage über zu Erwartendes, d.h. eine Aussage, die sich auf Künftiges bezieht („es ist davon auszugehen, dass...“).

Eine Diagnose kann sicher oder fraglich sein; gegenwärtig bedeutsam oder eine „Lebensdiagnose“ sein; sie kann einen gegenwärtigen Zustand erfassen (Status/State), sich auf ein überdauerndes Merkmal (z.B. Persönlichkeit) beziehen (Trait); zur Erfassung eines Prozesses (einer Interaktion, einer Veränderung) dienen und auf verschiedenen Ebenen erfolgen: Makroebene/Mikroebene.

Diagnostik im zeitlichen Verlauf

Zu Beginn als Statuserhebung

Erfassung psychischer Probleme und Störungen

- Kernproblematik - deskriptiv: als subjektives Erleben (Beschwerden) und beobachtbares Verhalten
- ICD-10/11 Diagnose (ev. DSM-5) – Klassifikation/Differenzialdiagnostik,
- Biographische Informationen – deskriptiv,
- Erwartungen an die Therapie seitens des Klienten,
- Klient-Therapeut-Interaktion – deskriptiv
- Indikation (Therapieempfehlung) und Prognose (Einschätzung von Schwierigkeiten, Potenzial)

Falls eine klinisch-psychologische Diagnostik gemacht wurde: zusätzlich Persönlichkeits-, Intelligenz- und Leistungsdiagnostik.

Schulspezifische Diagnostik („Fallkonzeption“)

z.B. VT: Erklärung und Analyse der Bedingungen der Entstehung und Aufrechterhaltung des Problems; Auswahl der Problembereiche; Analyse möglicher Zielbereiche; Klassifikation psychischer Störungen.

z.B. PA: Strukturniveau (neurotische Persönlichkeitsorganisation, Borderline-Persönlichkeitsorganisation, psychotische Persönlichkeitsorganisation), Konflikt, Diagnostik im Sinne eines Beziehungsparadigmas, Diagnostik im Sinne eines psychosomatischen Paradigmas.

Im Verlauf der Therapie/Intervention:

Auseinandersetzung mit der ursprünglichen Diagnose (z.B. Korrektur) und dem laufenden Prozess. Vergleichende Aussagen (Beginn der Therapie – gegenwärtiger Zeitpunkt); „Bilanzierung“; adaptive Indikation und Prognose.

Bei Beendigung der Therapie/Intervention:

Evaluative Diagnostik: neuerliche Statuserfassung bestehender psychischer Probleme und Störungen; Aussagen über erfolgte Veränderungen; Aussagen über den erfolgten Behandlungsprozess; Prognose; Katamnese.

Erstgespräch und schriftliche Aufzeichnung

Das Erstgespräch

Die folgenden Ausführungen beziehen sich auf ein mögliches Erstgespräch, das je nach „Psy-Expertise“ modifiziert werden könnte (z.B. interessieren sich bestimmte Richtungen, wie klinische Psychologie oder Verhaltenstherapie, vielleicht nicht so sehr für die biographischen Bezüge, dafür explorieren sie die auslösenden Bedingungen besonders genau).

Worauf Sie unbedingt achten müssen

- Krisenhaftigkeit (Suizidalität, Fremdgefährdung, psychotischer Zusammenbruch)?
- Realitätsprüfung?
- Andere Ereignisse, die akute Maßnahmen erfordern?

Wenn etwas dafürspricht, dass der Patient suizidal sein könnte

- Latente Suizidalität versus akute Suizidalität unterscheiden.
- Fragen Sie nach; erlauben Sie sich, selbst einen Eindruck zu entwickeln: Kennen Sie sich aus, was die Person meint? Vertrauen Sie ihren Angaben? Können Sie die Person gehen lassen? Können Sie darauf vertrauen, dass die Person zum nächsten Termin kommt, den Psychiater kontaktiert etc.?

Wenn jemand Suizidgedanken hat

- Wie konkret sind diese?
- Hat er diese Gedanken unter Kontrolle? Vereinbaren Sie mit dem Patienten, was er tun kann, wenn er sich unsicher ist, ob er diese Gedanken unter Kontrolle hat oder er die Kontrolle verliert (24-Stundendienst, Psychiatrie, Rettung). Ich empfehle Ihnen, entsprechende Informationen (Telefonnummern) vorzubereiten, die Sie mitgeben können.
- Erfragen Sie die Vorgeschichte (vgl. Joiner, 2005): Gab es Suizidversuche? Welche? Gab es selbstzerstörerische Handlungen? Auch Selbstverletzungen? Gefährliche Unternehmungen? Unfälle?

Dokumentieren Sie die notwendigen Informationen: Abklärung der Suizidalität; Ihre Unterscheidung zwischen latenter und akuter Suizidalität; Ihre Empfehlung; Abmachung; Ihr Eindruck, z.B.:

Frau X. berichtet, dass sie immer wieder das Gefühl hat, ihr Leben sei sinnlos, dann fragt sie sich, wofür sie eigentlich lebe und dann denkt sie, dass, wenn sie einschlafen und nicht mehr aufwachen würde, ihr Leiden beendet wäre. Diese Gedanken sind normalerweise eher im Hintergrund... aber, wenn sie mehrere Tage hindurch alleine ist, dann kommen ihr solche Gedanken...

Sie will sich nicht das Leben nehmen, weil sie das ihren Kindern nicht antun will. Sie weiß auch, dass es Zeiten gab, wo sie gerne gelebt hat...

Frau X. ist seit yy in psychiatrischer Behandlung bei Dr. Z., der ihr, neben der medikamentösen Behandlung (Medikation XYZ), geraten hat, eine Psychotherapie zu machen; ihn sieht sie bei Bedarf (das letzte Mal war sie vv bei ihm); die Medikation verträgt sie gut.

Mein Nachfragen ergibt, dass Frau X. als 22-Jährige einen Selbstmordversuch unternommen hat (Ereignis und auslösende Bedingungen beschreiben) und dass sie einige Jahre ein Alkoholproblem hatte (Ausmaß und Bedingungen beschreiben).

Frau X. und ich besprechen, dass sie, wenn sie das Gefühl hat, dass ihre suizidalen Gedanken stärker werden, sie mir das in der folgenden Sitzung mitteilt (natürlich würde ich selbst danach fragen, aber es kann sein, dass ihre suizidalen Gedanken stärker werden und ich das nicht bemerke und dann nicht von selbst nachfrage).

Wenn sie aber zwischen den Sitzungen das Gefühl hat, dass ihre suizidalen Gedanken stärker werden und sie Angst hat, diese Gedanken nicht mehr unter Kontrolle zu haben, dann – das hat sie mir glaubhaft versichert – würde sie sich an einen Notdienst wenden (entsprechende Nummern wurden ihr mitgegeben); die nächste Sitzung wurde für XY vereinbart“.

Stadien suizidaler Entwicklungen (Pöldinger, 1968)

- Erwägungsstadium: Suizidideen bei erhaltener Distanzierungsfähigkeit;
- Ambivalenz bei Hin- und Herschwanen zwischen nicht-sterben-wollen aber auch nicht-weiterleben-können – daraus ergeben sich Appelle und Suizidankündigungen;
- Entschlusstadium – fehlende Distanzierungsfähigkeit, Resignation und trügerische Ruhe durch den erfolgten Entschluss der Selbsttötung.

Broschüren (Download)

<https://www.psz.co.at/schnelle-hilfe/>

http://www.kriseninterventionszentrum.at/wp-content/uploads/2018/03/Praeventiv-Suizid_medpsy_Online_Doppelseiten.pdf

<https://www.gesundheit.gv.at/leben/suizidpraevention/inhalt>

Was Sie von der Klientin, vom Klienten erfahren möchten

Ein Erstgespräch ist, wie der Begriff schon sagt, in erster Linie ein Gespräch. Und ihre Klientin wird möglicherweise tatsächlich nur ein Gespräch führen wollen... Dennoch ist es wichtig, dass Sie wissen, was sie von ihr erfahren möchten. Der folgende Leitfaden soll Sie unterstützen.

Beachte: Dass die interessierenden Informationen hier als Fragen formuliert sind, bedeutet nicht, dass Sie all diese Fragen stellen müssen. Vieles von dem, was Sie erfahren wollen, erzählt die Klientin vielleicht von selbst. Es kann also durchaus vorkommen, dass Sie bei einem Erstgespräch nur wenige Fragen zu stellen brauchen. Es kann aber auch sein, dass Sie fragen und nachfragen müssen.

Möglicher Leitfaden für ein Erstgespräch

- **Anlass der Kontaktaufnahme:** z.B. *Was führt Sie hierher?*
- **Kernproblematik:** Hier geht es darum, die Kernproblematik zu erfassen. Je nach Situation kann es darum gehen, sich ein Bild zu machen, was die Person beschäftigt. Es kann aber genauso darum gehen, eine krankheitswertige Störung zu erfassen. Dazu kann es notwendig sein, verschiedene Symptome abzufragen, die Person mit Informationen zu konfrontieren etc. z.B. *Was ist das Problem? Können Sie mir das näher beschreiben? Seit wann leiden Sie darunter? Wie sieht es mit... aus?*
- **Einstellung/Krankheitsmodell:** z.B. *Wie erklären Sie sich, dass Sie...? Haben Sie eine Idee, wie es dazu gekommen ist, dass Sie...?*
- **Ziele der Klientin:** z.B. *Was erwarten Sie sich von einer Therapie?* (Überlegen Sie selbst, für wie realistisch Sie die Vorstellungen Ihrer Klientin halten.)
- **Aktuelle Lebenssituation:** z.B. Fragen zu Arbeit, Partnerschaft, Lebenssituation, finanzielle Situation...
- **Selbstbeschreibung und Beschreibung wichtiger Personen:** z.B. *Erzählen Sie von sich, damit ich mir ein Bild machen kann...* (Mutter, Vater, Geschwister; Partnerschaft; Freundschaft; eigene Familie)?
- **Biographisches**
- **Therapeutische Vorerfahrungen:** Die therapeutischen Vorerfahrungen enthalten wichtige Informationen und es lohnt sich, diese – so taktvoll wie möglich – zu explorieren.

Was Sie selbst einschätzen sollten bzw. eventuell auch nachfragen müssen

- **Selbst- und Fremdgefährdung:** Spricht etwas dafür, dass die Person suizidal/fremdgefährdend sein könnte?
- **Therapeutin-Klientin-Interaktion:** *Wie gestaltet sich die Interaktion zwischen Ihnen und der Klientin? Redet sie „wild“ darauf los? Müssen sie ihr alles „aus der Nase ziehen“? Fühlt sie sich schnell angegriffen?*
- **Realitätsprüfung:** *Spricht etwas dafür, dass die Realitätsprüfung der Person getrübt ist? Gibt es etwas, das Ihnen seltsam, bizarr vorkommt? Mit zunehmender Erfahrung werden Sie fähig werden, solche seltsamen oder bizarren Verhaltensweisen zu erkennen, diese anzusprechen und die Klientin damit zu konfrontieren. Die Frage, wie die Klientin sich diese Verhaltensweisen erklärt ist ein wichtiger Aspekt der Diagnostik, wenn die Realitätsprüfung fraglich erscheint.*
- **Ängste:** *Welche Ängste zeigt sie?*
- Ist es notwendig, weitere Expertinnen hinzuzuziehen: Psychiaterin (psychiatrische Untersuchung? Suizidalität? Psychose? Medikation?), klinische Psychologin (Soll noch etwas abgeklärt werden? Ist eine Leistungsdiagnostik notwendig?).

Gestaltung des Erstgesprächs: Normalerweise dauert das Erstgespräch, auf dem die erste diagnostische Einschätzung basiert, 1 bis 2 Sitzungen.

In den allermeisten Fällen werden Sie im Erstgespräch außerdem Informationen zur Art Ihres Angebots machen (Therapie, Setting, Kosten, Möglichkeit einer Refundierung durch die Krankenkassa etc.).

Schriftliche Aufzeichnung zum Erstgespräch

Empfehlenswert ist, sich im Anschluss an das Erstgespräch genügend Zeit zu nehmen, um zu protokollieren. Der obige Leitfaden kann als Anhaltspunkt dienen; jenseits der obigen Fragen:

- Art der Kontaktaufnahme (Empfehlung durch?),
- Erscheinung und Verhalten der Klientin,
- Wie hat sich die Klientin verhalten, wie hat sie gesprochen? Gestik, Mimik... etc.,
- Ihre eigene Reaktion auf die Sitzung (Gesamteindruck; Ihre Hypothesen/Erwartungen; falls *psychoanalytisch erfahren*: Gegenübertragungsgefühle),
- Indikation und eventuelle Prognose (dazu bedarf es der Erfahrung, es ist aber sinnvoll, sich von Beginn an zu dieser Frage Gedanken zu machen und diese zu explizieren).

Empfehlenswert ist eine möglichst genaue Protokollierung insbesondere der ersten Sitzungen (m.E. nicht nur in Stichworten) – es handelt sich um jene Sitzungen, in denen Sie die Klientin noch nicht kennen und Ihnen verschiedene Verhaltensweisen und andere Aspekte (z.B. Stimmung) besonders auffallen. Bedenken Sie, dass Sie im Verlauf der Therapie vielleicht wieder auf Ihre Notizen zurückkommen werden – zum Beispiel, wenn es um die Frage geht, ob sich etwas verändert hat (Evaluation).

Die Dokumentation im Sinne des Gesetzes (s.u.) muss in der niedergelassenen Praxis 10 Jahre aufbewahrt werden; das betrifft nicht ihre persönlichen Aufzeichnungen.

Schriftliche Aufzeichnung zum Therapieverlauf

Verbatimprotokolle haben den Vorteil, dass eine Sitzung gleichsam in natura protokolliert wird. Zusammenfassende Protokolle haben den Vorteil, dass Grundgedanken in aller Kürze dargestellt werden, was die spätere Lektüre vereinfacht. Wichtig ist, die Dokumentation so zu gestalten, dass der Datenschutz gewährleistet ist.

Schriftliche Aufzeichnung (Dokumentation) als Befund und als Gutachten

Ein Befund ist eine systematische und daher nachvollziehbare Darstellung des diagnostischen Prozesses und seines Ergebnisses.

„Als klinisch-psychologischer bzw. gesundheitspsychologischer Befund wird die Darstellung der Ergebnisse einer klinisch-psychologischen bzw. gesundheitspsychologischen Untersuchung aufgrund einer klinisch-psychologischen bzw. gesundheitspsychologischen Fragestellung bzw. Verdachtsdiagnose bezeichnet. Klinisch-psychologische und gesundheitspsychologische Befunde werden insbesondere im Rahmen des Gesundheitswesens als Hinweise und Entscheidungshilfe für gesundheitsbezogene sowie andere Maßnahmen oder Entscheidungen herangezogen“ (BMG, 2012, S. 5).

Ein Gutachten stellt eine Antwort auf eine aufgetragene Frage dar.

„Beim klinisch-psychologischen bzw. gesundheitspsychologischen Gutachten handelt es sich um die nachvollziehbare und schlüssige Antwort auf Fragen, zu denen aufgrund des erhobenen Befundes, des Fachwissens, des aktuellen Forschungsstandes und der Berufserfahrung sowie der reflektierten Alltagserfahrung Stellung genommen wird. Die umfassende Beantwortung einer präzisen gutachterlichen Fragestellung wird von der Auftraggeberin (vom Auftraggeber) als Grundlage für Maßnahmen und Entscheidungen in verschiedenen Bereichen herangezogen“ (BMG, 2012, S.5).

Download:

BMG (2012). Richtlinie für die Erstellung von klinisch-psychologischen und gesundheitspsychologischen Befunden und Gutachten des Bundesministeriums für Gesundheit auf Grundlage eines Gutachtens des Psychologenbeirats vom 23.02.2012.

Wie ein Gutachten bzw. ein Befund aufgebaut sein muss finden Sie auf S.10.

Einsichtsrecht der Patientin, des Patienten in die Dokumentation im Sinne des Gesetzes

Mit dem Einsichtsrecht ist Einsicht in die Dokumentation gemeint (nicht in Ihre persönlichen Aufzeichnungen):

Aus dem Berufskodex (Psychotherapie 3.4 Dokumentation)

„Angehörige des psychotherapeutischen Berufes sind zur Führung folgender Aufzeichnungen im Sinne einer Dokumentation verpflichtet:

- über den Zeitpunkt des Beginns und des Endes der Behandlung sowie über Zeitpunkt und Dauer der einzelnen Behandlungsstunden;
- über die Honorierung und sonstigen Bedingungen des Behandlungsvertrags mit der Patientin oder dem Patienten oder der gesetzlichen Vertretung getroffenen Vereinbarungen;

- über allfällige ärztliche oder klinisch-psychologische Befunde bzw. Mitteilungen über frühere oder neu auftretende Erkrankungen und deren Behandlung, soweit sie für die psychotherapeutische Behandlung relevant sind;
- über allfällige Konsultationen von Berufskolleginnen und Berufskollegen oder Angehörigen anderer Gesundheitsberufe;
- über allfällige Empfehlungen an die Patientin und den Patienten zur ergänzenden Abklärung oder Behandlung einer Angehörigen/eines Angehörigen des ärztlichen oder klinisch-psychologischen Berufsstandes aufzusuchen;
- die Patientinnen und Patienten oder der[en] gesetzliche Vertretung haben jederzeit das Recht auf Einsichtnahme in die oben angeführten Aufzeichnungen; dieses Recht erstreckt sich insbesondere nicht auf die Einsichtnahme in allfällige darüber hinausgehende persönliche Aufzeichnungen des Angehörigen des psychotherapeutischen Berufes, in denen dieser für sich selbst den psychotherapeutischen Prozess reflektiert“ (BMSGPK, 2020).

Download Berufskodex: [Berufskodex - Sozialministerium](#)

Diagnostische Verfahren

„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 die klinisch-psychologische Forschung“ (Casper et al., 2018, S.15).

Es gibt viele verschiedene Untersuchungsmethoden und Untersuchungsverfahren. Schmidt-Atzert & Amelang (2012) unterscheiden folgende psychologische Verfahren:

- Leistungstests
- Persönlichkeitsfragebögen
- Nicht sprachliche und objektive Persönlichkeitstests
- Projektive Verfahren
- Verhaltensbeobachtung und -beurteilung
- Diagnostisches Interview
- Gruppendiagnostik (Interaktionsdiagnostik)

Die Reihenfolge der Darstellung folgt hier einer klinischen Perspektive.

Diagnostik via Verhaltensbeobachtung

Die wichtigsten Unterscheidungskriterien für die Verhaltensbeobachtung sind: frei vs. systematisch; direkt vs. indirekt; in natürlicher vs. geschaffener Umgebung; teilnehmend vs. nicht teilnehmend. Empfohlen werden folgende Angaben (vgl. Schmidt-Atzert & Amelang, 2012):

- Beobachtete Person, Anlass und Zweck der Beobachtung nennen.
- Angaben zu Ort, Umgebungsbedingungen und Zeit machen.
- Verhalten konkret und in Zusammenhängen beschreiben (z.B. was ging dem Verhalten voraus?), sodass ein Leser eine lebhaftere Vorstellung davon bekommt.
- Verhalten neutral (nicht wertend) und so weit wie möglich ohne Interpretation beschreiben.
- Interpretationen sind aber oft unvermeidbar. Sie sollten daher als solche kenntlich gemacht und zumindest exemplarisch durch Verhaltensweisen belegt werden. Beispiel: *Wirkt teilnahmslos – nimmt keinen Blickkontakt auf, kaut an Bleistift.*
- Nicht nur das Verhalten beschreiben, sondern auch dessen Auslöser und Konsequenzen (Schmidt-Atzert & Amelang, 2012, S.310).

Verhaltensbeobachtung als Beschreibung der Wahrnehmungen des Untersuchers

Beispiel 1: „Die Patientin betritt den Raum, zögert kurz, sieht sich um und nimmt auf dem ihr zugewiesenen Sessel Platz. Sie bleibt auf der Kante des Sessels sitzen und verharrt in dieser Stellung die meiste Zeit über: überkreuzte Beine, eng an den Körper liegende Arme. Sie spricht schnell und leise. Ihre Atmung ist unruhig, ihr Blick unstet.“

Zwei weitere Beispiele (psychoanalytischer Kontext)

Die folgenden Texte gehen weit über eine einfache Verhaltensbeobachtung hinaus. Ich habe sie ausgewählt, weil sie das große Potenzial von Beobachtung aufzeigen.

E. J. Mans beschreibt die ersten Momente eines Erstgesprächs in einer Klinik: das Erscheinen einer jungen Frau, die sich für eine Therapie interessiert. Obwohl wenig gesprochen wird, erhalten wir ein lebhaftes Bild der jungen Frau und bekommen vielleicht auch ein Gefühl dafür, wie es wohl sein muss, dieser Frau gegenüber zu sitzen. Im zweiten Text geht es ebenfalls um die ersten Momente einer Sitzung: Hier beobachtet D. Stern das Verhalten seiner Patientin wie in Zeitlupe. Wir gewinnen den Eindruck, dass er dieses Verhalten schon viele, viele Male gesehen hat. Er teilt uns seine eigenen Reaktionen auf das Verhalten seiner Patientin mit. Damit lässt er uns an seinem Innenleben während des Zusammenseins mit dieser Patientin teilhaben.

Bedenken Sie, dass das beobachtete Geschehen in beiden Fällen einen Zeitraum von wenigen Minuten, im zweiten Fall vielleicht sogar weniger als eine Minute, betrifft – beide Texte beziehen sich somit auf kurze Zeiträume (Mikroprozesse).

Beispiel 2: Aus einem psychoanalytischen Erstgespräch in der Klinik

„Wenige Minuten vor dem telefonisch vereinbarten Termin [...] klopft es energisch, und ohne anzuklopfen betritt eine junge Frau den Raum, geht selbstsicher und zielstrebig auf einen Sessel zu, um dann plötzlich innezuhalten, mich einen Augenblick unsicher anzusehen und dann mit fester Stimme zu sagen: „Ich bin schon da, können wir anfangen?“ Meine Bitte, noch kurz draußen Platz zu nehmen, ich rief sie dann zu der verabredeten Zeit, nimmt sie fast geschäftsmäßig zur Kenntnis und verlässt ohne eine sichtbare Gefühlsregung den Raum.

Im Gespräch sitzt mir eine 35-jährige attraktive Frau mit langen hellblonden Haaren gegenüber, die wechselnd wie ein blühendes junges Mädchen diesseits aller Lebenserfahrung oder wie eine vorgealterte, von den Strapazen des Lebens gezeichnete Frau wirkt. Das Gesicht zeigt mal weiche Konturen, wirkt aber überwiegend hart, fast verhärtet. In der Kleidung kontrastiert eine sehr elegante Bluse mit einer verwaschenen Jeanshose mit deutlichen Flecken und sorgfältig geflickten Stellen. Frau C. ist kaum geschminkt, trägt große auffallende Ohrringer und eine Vielzahl von Ringen an den verarbeiteten und wenig gepflegt wirkenden Händen.

Frau C. sieht mich prüfend an und sagt nach einem kurzen Schweigen, der Professor, bei dem sie vorher gewesen sei, habe erklärt, sie sollen sehen, ob die Chemie stimme. Auf mein Nachfragen erklärt sie, sie merke eben sofort, ob es mit jemandem gehe oder nicht, da könne man dann nichts mehr ändern“ (aus Mans, *Psychoanalytische Diagnostik in der Praxis*, in: Laireiter, 2000).

Beispiel 3: Notizen aus einer langjährigen Behandlung

„Sie [die Patientin] betritt das Behandlungszimmer und nimmt im Sessel Platz. Sie lässt sich von hoch oben hineinfallen. Rasch entweicht die Luft aus dem Sesselpolster, und danach dauert es noch einmal fünf Sekunden, bis es sich wieder aufgepumpt hat. Darauf scheint die Patientin zu warten, doch unmittelbar bevor der Polster seinen letzten Seufzer ausstößt, schlägt sie die Beine übereinander und verlagert ihr Gewicht auf die

andere Gesäßhälfte. Erneut entweicht Luft aus dem Kissen, und erneut pumpt es sich wieder auf. Wir warten, bis es soweit ist. Vielmehr: Sie wartet, sie lauscht auf das Geschehen im Polster, fühlt ihm nach. Ich war zur Arbeit bereit, seit sie hereingekommen ist, aber jetzt warte auch ich. Es ist schwer zu sagen, wann das Kissen in einen Ruhezustand zurückgefunden haben wird. Aber alles wartet. Ist ihr bewusst, dass sie wartet oder dass sie die Zeit anhält? Alles wartet darauf, dass sie zu sprechen beginnt. Ich habe das Gefühl, mich vorher nicht bewegen zu dürfen. Fast als sollte ich den Atem anhalten, um das Geschehen zu beschleunigen oder um besser beurteilen zu können, wann der Ruhepunkt erreicht ist und die Sitzung ‚beginnen‘ kann. Als ich endlich den Eindruck habe, dass ihr Körper und das Kissen nun ‚bereit‘ sind, dass das Rascheln und Sich-Einrichten ein Ende nehmen, beginne ich selbst, meine Sitzposition in meinem Sessel zu verändern und in Erwartung dessen, was da kommen wird, freier zu atmen. Doch meine Patientin lauscht noch immer dem leise verklingenden Geräusch nach und ist noch nicht wirklich bereit. Ihr Abwarten veranlasst mich, mitten in der Bewegung innenzuhalten. Ich habe das Gefühl, wie ein Pantomime zur ‚Statue‘ erstarren zu müssen. Es ist lächerlich. Und ich empfinde wachsende Verärgerung darüber, dass mein eigener Rhythmus so gravierend beeinträchtigt und kontrolliert wird. Soll ich es einfach weiterlaufen lassen? Soll ich es ansprechen? Nicht einmal im Traum käme ihr in den Sinn, dass wir soeben die zentralen Themen der Sitzung und ein wichtiges Thema ihres Lebens zur Darstellung gebracht haben“ (Stern, 2005, S.13).

Diagnostik via Klassifikation

Diagnostik via Klassifikation bedeutet, dass bestimmte Erscheinungsweisen (z.B. Symptome, Beobachtungen) einer bestimmten Klasse zugeordnet werden – zumeist ausgehend von bestimmten Symptomen, die ein Syndrom bilden, die zu einer diagnostischen Kategorie subsummiert werden, z.B.:

- Das „depressives Symptom“ *gedrückte Stimmung* kann auf eine Depression hinweisen, muss aber keine Depression bedeuten; kann z.B. auch eine normale Trauerreaktion sein.
- Wenn mehrere typischerweise zusammenauftretende Symptome vorkommen, spricht man von einem Syndrom: z.B. *gedrückte Stimmung, Interessensverlust, Verminderte Konzentration, Gefühl von Schuld und Wertlosigkeit* der Hinweis auf eine Depression erhärtet sich.
- unter bestimmten Umständen, die in ICD bzw. DSM genau angegeben, d.h. operationalisiert, sind, wird eine ganz bestimmte Störung diagnostiziert – z.B. „depressive Episode“ ICD-10 F32

Die Grundidee dabei ist, dass das Störungsbild in eine ganz bestimmte Klasse fällt. Da es aber oft vorkommt, dass Personen unter mehreren Störungsbildern leiden, kann es vorkommen, dass mehrere Diagnosen anzugeben sind (Komorbidität).

Die Klassifikationsidee ist zu unterscheiden von der Idee verschiedener Dimensionen (dimensionale Diagnostik). In dieser Idee gäbe es bestimmte Dimensionen, z.B. *Stimmung, Interesse, Selbstwert...* und man würde eine Person in Bezug auf diese Dimensionen (Skalen, Faktoren) untersuchen. Die meisten psychologischen Fragebögen und Testverfahren gehen von einer bestimmten Dimensionalität aus.

Diagnostik via ICD (Beispiel 1 Depression, Beispiel 2 Persönlichkeitsstörung)

Das Kapitel V (F) klinisch-diagnostische Leitlinien der Internationalen Klassifikation psychischer Störungen der WHO (ICD-10) enthält klinische Beschreibungen und diagnostische Leitlinien zur Erfassung psychischer Störungen, wobei explizit ein „a-

theoretischer Ansatz“ verfolgt wird (ICD-10, 1993, S.9); ätiologische Konzepte, d.h. ursächliche Zuschreibungen, werden weitgehend vermieden.

Überblick

- 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 oder Faktoren
- F6 Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen
- F7 Intelligenzminderung
- F8 Entwicklungsstörungen
- F9 Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend
- F99 Nicht näher bezeichnete psychische Störungen

Es folgen ausgewählte Aspekte einer Diagnostik mittels Klassifikation. Um einen Überblick über die Klassifikation mittels ICD-10 zu gewinnen, lesen Sie bitte nach in: WHO (1993). Internationale Klassifikation psychischer Störungen: ICD-10, Kapitel V (F) klinisch-diagnostische Leitlinien.

Download verfügbar unter:

BMSGPK (2021). Systematisches Verzeichnis. Internationale Statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme, 10. Revision. Wien: BMSGPK.

Achtung: In unserem Kontext ist nur das **Kapitel V** relevant (S.201-S.247).

ICD-10 (Auswahl F30-F39 „Affektive Störungen“)

Ausgehend vom häufigen Störungsbild der „Depression“ soll ein Einblick in die affektiven Störungen gegeben werden:

F3 Affektive Störungen (F30-F39)

Affektive Störungen gehen mit einer Veränderung der Stimmung/Affektivität einher, die zumeist von einem Wechsel des Aktivitätsniveaus begleitet wird.

„Depression“:

Hauptsymptome (2 müssen erfüllt sein):

- Gedrückte depressive Stimmung,
- Interessensverlust, Freudlosigkeit,
- Erhöhte Ermüdbarkeit.

Zusatzsymptome:

- Verminderte Konzentration und Aufmerksamkeit,
- Vermindertem Selbstwertgefühl und Selbstvertrauen,
- Gefühl von Schuld und Wertlosigkeit,
- Negative, pessimistische Zukunftsperspektiven,
- Suizidgedanken, erfolgte Selbstverletzungen, Suizidhandlungen,
- Schlafstörungen,
- Verminderter Appetit.

Symptome müssen über mindestens zwei Wochen beobachtbar sein (oder sehr stark sein), damit man eine „depressive Episode“ (F32) diagnostiziert.

Unter der Rubrik „depressive Episode“ (F32) unterscheidet das ICD-10 zwischen *leichten, mittelgradigen* und *schweren* Episoden *mit somatischem Syndrom* (u.a. frühmorgendliches Erwachen, Morgentief, Appetitverlust, Libidoverlust) *oder ohne somatisches Syndrom*, bzw. *mit oder ohne psychotische Symptome*.

Wenn es wiederholt zu depressiven Episoden kam/kommt, wird von einer „rezidivierenden Depression“ (F33) gesprochen – auch hier wird zwischen leicht, mittelgradig und schwer unterschieden, sowie das Vorhandensein eines somatischen Syndroms bzw. psychotischer Symptome angegeben.

Wenn die Stimmungsveränderung in die manische Richtung geht, wird zwischen zwei Bildern unterschieden: „manische Episode“ (F30), also gehobene Stimmung, und „bipolare affektive Störung“ (F31), wenn die Person zusätzlich zur gehobenen Stimmung unter depressiven Episoden leidet. Auch hier wird der Schweregrad bzw. das Vorhandensein eines somatischen Syndroms und psychotischer Symptome angegeben.

(Anmerkung: Typischerweise zeigt der Patient in der Manie etwas Expansives, etwa in Sprache und Verhalten, das starken Eindruck auf die Umgebung macht. Beispiel: Eine Patientin sprach – nach solchen Phasen – davon, dass sie sich endlich stark und energiegeladen gefühlt habe und das Gefühl gehabt habe, endlich so zu sein, wie sie wirklich sein will. Dass ihre bis ins Extreme gesteigerte Aktivität für ihre Umgebung eine große Belastung bedeutete, konnte sie lange Zeit nicht erkennen).

Unter „anhaltender affektiver Störung“ (F34) werden fluktuierende Stimmungsstörungen diagnostiziert, die Episoden enthalten, die nicht schwer genug sind, um unter die obigen Begriffe zu fallen. Dazu gehören die „Zyklothymia“ F34.0 (Depression und leicht gehobene Stimmung) und die „Dysthymia“ F34.1 (chronische depressive Verstimmung).

ICD-10 (Auswahl F60-F69 „Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen“)

„Dieser Abschnitt enthält eine Reihe von klinisch wichtigen, meist lang anhaltenden Zustandsbildern und Verhaltensmustern. Sie sind Ausdruck des charakteristischen, individuellen Lebensstils, des Verhältnisses zur eigenen Person und zu anderen Menschen. Einige dieser Zustandsbilder und Verhaltensmuster entstehen früh im Verlauf der individuellen Entwicklung als Folge konstitutioneller Faktoren wie auch sozialer Erfahrungen, während andere später im Leben erworben werden“ (ICD-10, S.225).

F6 „Spezifische Persönlichkeitsstörungen“ (F60)

Diagnostische Leitlinien:

Die Zustandsbilder sind nicht direkt auf beträchtlichere Hirnschädigungen oder -krankheiten oder auf eine andere psychiatrische Störung zurückzuführen und erfüllen die folgenden Kriterien:

1. Deutliche Unausgeglichenheit in den Einstellungen und im Verhalten in mehreren Funktionsbereichen wie Affektivität, Antrieb, Impulskontrolle, Wahrnehmen und Denken sowie in den Beziehungen zu anderen.
2. Das auffällige Verhaltensmuster ist andauernd und gleichförmig und nicht auf Episoden psychischer Krankheiten begrenzt.
3. Das auffällige Verhaltensmuster ist tiefgreifend und in vielen persönlichen und sozialen Situationen eindeutig unpassend.
4. Die Störungen beginnen immer in der Kindheit oder Jugend und manifestieren sich auf Dauer im Erwachsenenalter.
5. Die Störung führt zu deutlichem subjektiven Leiden, manchmal jedoch erst im späteren Verlauf.
6. Die Störung ist meistens mit deutlichen Einschränkungen der beruflichen und sozialen Leistungsfähigkeit verbunden.

Für die Diagnose der meisten Untergruppen müssen mindestens drei der jeweils genannten Eigenschaften oder Verhaltensweisen vorliegen.

Diagnostische Kriterien für die anankastische Persönlichkeitsstörung F60.5 nach ICD-10 (S.231)

1. Übermäßiger Zweifel und Vorsicht.
2. Ständige Beschäftigung mit Details, Regeln, Listen, Ordnung, Organisation oder Plänen.
3. Perfektionismus, der die Fertigstellung von Aufgaben behindert.
4. Übermäßige Gewissenhaftigkeit, Skrupelhaftigkeit und unverhältnismäßige Leistungsbezogenheit unter Vernachlässigung von Vergnügen und zwischenmenschlichen Beziehungen.
5. Übermäßige Pikanterie und Befolgung von Konventionen.
6. Rigidität und Eigensinn.
7. Unbegründetes Bestehen auf der Unterordnung anderer unter eigene Gewohnheiten oder unbegründetes Zögern, Aufgaben zu delegieren.
8. Andrängen beharrlicher und unerwünschter Gedanken oder Impulse.

Dazugehörige Begriffe: zwanghafte Persönlichkeit(störung)

Ausschluss: Zwangsstörung (F42)

Bemerkung am Rande zu ICD-11: Ab Februar 2022 sollte man psychische Störungen mit ICD-11 diagnostizieren können, um mit einem mehrjährigen Übergang das ICD-10 abzulösen. Dass in diesem Skriptum noch vom ICD-10 die Rede ist, hat damit zu tun, dass die deutschsprachige Version des Kapitel V (F) des ICD-11 noch nicht am Markt ist (Stand Jänner 2022). Anders als das ICD-10 soll das ICD-11 sich an das, v.a. im US-amerikanischen Raum gebräuchliche, DSM 5 annähern.

Das ICD-11 enthält anders als bisher das ICD-10 eine dimensionale Diagnostik der Persönlichkeitsstörungen, die auf Schweregrade und Funktionsbeeinträchtigungen sowie übergeordneten prominenten Persönlichkeitsmerkmalen (negative Affektivität, Distanziertheit, Dissozialität, Enthemmung und Anankasmus) beruht.

Diagnostik via DSM 5 (Beispiel 1 Depression, Beispiel 2 Persönlichkeitsstörung)

DSM 5 (Diagnostisches und Statistisches Manual Psychischer Störungen, DSM 5, APA, American Psychiatric Association; deutsche Ausgabe herausgegeben von P. Falkai und H

Wittchen et. al. 2015). Das DSM 5 wird vor allem in US-amerikanischen Raum verwendet und im Rahmen wissenschaftlicher Untersuchungen. Es eignet sich als hervorragendes Nachschlagewerk und Lernunterlage.

Um einen Einblick in das DSM 5 zu geben, werden hier die diagnostischen Kriterien für eine *Major Depression*, die allgemeinen Leitlinien für Persönlichkeitsstörungen und die spezifischen für die zwanghafte und die Borderline-Persönlichkeitsstörung angegeben.

„Major Depression“ (S. 217)

A Mindestens fünf der folgenden Symptome bestehen während einer Periode von zwei Wochen. Mindestens eines der Symptome ist entweder (1) depressive Verstimmung oder (2) Verlust an Interesse oder Freude. Auszuschließen sind Symptome, die eindeutig durch einen medizinischen Krankheitsfaktor bedingt sind.

1. Depressive Verstimmung für die meiste Zeit des Tages an fast allen Tagen (z.B. fühlt sich traurig, leer oder hoffnungslos).
2. Deutlich vermindertes Interesse oder Freude an allen oder fast allen Aktivitäten, an fast allen Tagen, für die meiste Zeit des Tages (entweder nach subjektivem Bericht oder von anderen beobachtet).
3. Deutlicher Gewichtsverlust ohne Diät oder Gewichtszunahme.
4. Insomnie oder Hypersomnie an fast allen Tagen.
5. Psychomotorische Unruhe oder Verlangsamung an fast allen Tagen.
6. Müdigkeit oder Energieverlust an fast allen Tagen.
7. Gefühle von Wertlosigkeit oder übermäßige oder unangemessene Schuldgefühle (können auch wahnhaft sein) an fast allen Tagen.
8. Verminderte Fähigkeit zu denken oder sich zu konzentrieren oder verringerte Entscheidungsfähigkeit an fast allen Tagen (subjektiv oder von anderen beobachtet).
9. Wiederkehrende Gedanken an den Tod (nicht nur Angst vor dem Sterben), wiederkehrende Suizidvorstellungen ohne genauen Plan, tatsächlicher Suizidversuch oder genaue Planung eines Suizids.

B Die Symptome verursachen in klinisch bedeutsamer Weise Leiden oder Beeinträchtigungen in sozialen, beruflichen oder anderen wichtigen Funktionsbereichen.

C Die Symptome sind nicht Folge der physiologischen Wirkung einer Substanz oder eines medizinischen Krankheitsfaktors.

D Das Auftreten einer Episode einer *Major Depression* kann nicht besser durch eine andere Störung (Schizoaffektive Störung, Schizophrenie...) erklärt werden.

E Es bestand niemals eine manische oder hypomane Episode.

Kodiert wird zudem der Schweregrad und ob es sich um eine einzelne oder wiederholte (rezidivierende) Episode handelt; außerdem ob auch psychotische Merkmale vorliegen.

„Persönlichkeitsstörungen“ (S. 885)

A Ein überdauerndes Muster von innerem Erleben und Verhalten, das merklich von den Erwartungen der soziokulturellen Umgebung abweicht. Dieses Muster manifestiert sich in mindestens 2 der folgenden Bereiche:

1. Kognition (also die Art, sich selbst, andere Menschen und Ereignisse wahrzunehmen und zu interpretieren)

2. Affektivität (also die Variationsbreite, die Intensität, die Labilität und Angemessenheit, emotionaler Reaktionen)
3. Gestaltung zwischenmenschlicher Beziehungen
4. Impulskontrolle
5. Das überdauernde Muster ist unflexibel und tiefgreifend in einem weiten Bereich persönlicher und sozialer Situationen.

B Das überdauernde Muster führt in klinisch bedeutsamer Weise zu Leiden oder Beeinträchtigungen in sozialen, beruflichen oder anderen wichtigen Funktionsbereichen.

C Das Muster ist stabil und lang andauernd, und sein Beginn ist mindestens bis in die Adoleszenz oder ins frühe Erwachsenenalter zurückzuverfolgen.

D Das überdauernde Muster lässt sich nicht besser als Manifestation oder Folge einer anderen psychischen Störung erklären.

E Das Muster ist nicht Folge der physiologischen Wirkung einer Substanz (z.B. Substanz mit missbrauchspotenzial, Medikament) oder eines medizinischen Krankheitsfaktors (z.B. Hirnverletzung).

Im DSM 5 (DSM 4) werden zehn verschiedene Persönlichkeitsstörungen unterschieden. Diese zehn Persönlichkeitsstörungen (PS) werden in 3 Cluster zusammenfasst:

- paranoide PS, schizoide PS, schizotypische PS (Cluster A: sonderbar, exzentrisch)
- antisoziale PS, Borderline-PS, histrionische PS, narzisstische PS (Cluster B: dramatisch, emotional, launisch)
- vermeidend-selbstunsichere PS, dependente PS, zwanghafte PS (Cluster C: ängstlich, furchtsam).

Diagnostische Kriterien für Borderline-Persönlichkeitsstörung nach DSM 5 (S.908)

A Ein tiefgreifendes Muster von Instabilität in zwischenmenschlichen Beziehungen, im Selbstbild und in den Affekten sowie von deutlicher Impulsivität. Der Beginn liegt im frühen Erwachsenenalter, und das Muster zeigt sich in verschiedenen Situationen. Mindestens fünf der folgenden Kriterien müssen erfüllt sein:

1. Verzweifeltes Bemühen, tatsächliches oder vermutetes Verlassenwerden zu vermeiden. (Beachte: Hier werden keine suizidalen oder selbstverletzenden Handlungen berücksichtigt, die in Kriterium 5 enthalten sind).
2. Ein Muster instabiler und intensiver zwischenmenschlicher Beziehungen, das durch einen Wechsel zwischen den Extremen der Idealisierung und Entwertung gekennzeichnet ist.
3. Identitätsstörung: Ausgeprägte und andauernde Instabilität des Selbstbildes oder der Selbstwahrnehmung.
4. Impulsivität in mindestens zwei potenziell schädigenden Bereichen (Geldausgaben, Sexualität, Substanzmissbrauch, rücksichtsloses Fahren, „Essanfällen“). (Beachte: Hier werden keine suizidalen oder selbstverletzenden Handlungen, die in Kriterium 5 enthalten sind).
5. Wiederholte suizidale Handlungen, Selbstmordandeutungen oder –drohungen oder Selbstverletzungsverhalten.
6. Affektive Instabilität infolge einer ausgeprägten Reaktivität der Stimmung (z.B. hochgradige episodische Dysphorie, Reizbarkeit oder Angst, wobei diese Verstimmungen gewöhnlich einige Stunden und nur selten mehr als einige Tage andauern).
7. Chronische Gefühle von Leere.
8. Unangemessene, heftige Wut oder Schwierigkeiten, die Wut zu kontrollieren (z.B. häufige Wutausbrüche, andauernde Wut, wiederholte körperliche Auseinandersetzungen).
9. Vorübergehende, durch Belastungen ausgelöste paranoide Vorstellungen, oder schwere dissoziative Symptome.

Diagnostische Kriterien für zwanghafte Persönlichkeitsstörung nach DSM 5 (S.931)

A Ein tiefgreifendes Muster von starker Beschäftigung mit Ordnung, Perfektion, und psychischer sowie zwischenmenschlicher Kontrolle auf Kosten von Flexibilität, Aufgeschlossenheit und Effizienz. Der Beginn

liegt im frühen Erwachsenenalter, und das Muster zeigt sich in verschiedenen Situationen. Mindestens vier der folgenden Kriterien müssen erfüllt sein:

1. Beschäftigt sich übermäßig mit Details, Regeln, Listen, Ordnung, Organisation oder Plänen, sodass der wesentliche Gesichtspunkt der Aktivität dabei verloren geht.
2. Zeigt einen Perfektionismus, der die Aufgabenerfüllung behindert (z.B. kann ein Vorhaben nicht beendet werden, da die eigenen überstrengen Normen nicht erfüllt werden).
3. Verschreibt sich übermäßig der Arbeit und Produktivität unter Ausschluss von Freizeitaktivitäten und Freundschaften (nicht auf offensichtliche finanzielle Notwendigkeit zurückzuführen).
4. Ist übermäßig gewissenhaft, skrupulös und rigide in Fragen von Moral, Ethik oder Werten (nicht auf kulturelle und religiöse Orientierung zurückzuführen).
5. Ist nicht in der Lage, verschlissene oder wertlose Dinge wegzuwerfen, selbst wenn sie nicht einmal Gefühlswert besitzen.
6. Delegiert nur widerwillig Aufgaben an andere oder arbeitet nur ungern mit anderen zusammen, wenn diese nicht genau die eigene Arbeitsweise übernehmen.
7. Ist geizig sich selbst und anderen gegenüber; Geld muss in Hinblick auf befürchtete künftige Katastrophen gehortet werden.
8. Zeigt Rigidität und Halsstarrigkeit.

Mitteilung einer Diagnose bzw. einer diagnostischen Einschätzung

Obwohl die Vermittlung diagnostischer Untersuchungen alle diagnostischen Bereiche betrifft, also auch Verfahren, die später besprochen werden, möchte ich diese Frage vorziehen: Es versteht sich von selbst, dass die Mitteilung diagnostischer Informationen taktvoll sein sollte – das ist auf der einen Seite sehr einfach und gleichzeitig schwierig:

- Sprechen Sie mit dem Klienten so, wie Sie es von einem Untersucher erwarten würden.
- Wichtig ist, dass Sie den diagnostischen Prozess nachvollziehbar machen. Wenn Ihre Kriterien transparent sind, geben Sie Ihrem Klienten die Chance, sich an das Untersuchungsprozedere (das Erstgespräch, eventuell das Ausfüllen eines Fragebogens etc.) zu erinnern und Ihrem diagnostischen Urteil zu folgen. So können Ihre Klienten anerkennen, dass sie selbst am Zustandekommen der diagnostischen Daten beteiligt waren (und Sie z.B. nicht aus einem „telepathisch-magischem Wissen“ herausprechen). Es reduziert das Verlangen, alles nachzugooglen. Es vermindert die Hilflosigkeit.
- Nehmen Sie sich Zeit für dieses Gespräch und wenn möglich für ein Folgegespräch, in dem Fragen geklärt werden können und Sie erfahren können, wie Ihr Klient die diagnostische Information aufgenommen hat.
- Machen Sie klar, was Ihre Annahmen, was fragliche Diagnosen sind und wo Sie sich im Großen und Ganzen sicher sind.

Manche Diagnosen sind leichter zu vermitteln, andere erfordern mehr Fingerspitzengefühl. Es kann durchaus herausfordernd sein, jemandem mitzuteilen, dass alles dafür spricht, dass die „gute Zeit“, von der die Klientin spricht, eine „manische“ oder „hypomanische Episode“ darstellt. Ebenso kann es schwierig sein, taktvoll die Diagnose „narzisstische Persönlichkeitsstörung“ zu stellen. Vielleicht ist es sinnvoll, sich am Anfang gewisse Sätze zurechtzulegen („Sie haben mir ... erzählt und ... beschrieben. Wir sprechen hier von ...“ „Wenn jemand unter ... und ... leidet, gehen wir davon aus, dass...“).

Die Mitteilung eines psychologischen Befundes ist vielleicht insofern einfacher, als das Prozedere der Untersuchung, wenn Fragebögen oder Tests inkludiert sind, standardisiert ist und bestimmte Ergebnisse bestimmte Kriterien erfüllen oder eben nicht.

Diagnostik via GAF (Global Assessment Functioning)

Das global Assessment of Functioning (APA, 1989) stellt ein Screening-Instrument für Psychotherapeuten dar. Der Psychotherapeut schätzt das „Funktionsniveau“ – als Schweregrad der Symptome oder Funktionsbeeinträchtigung – eines Patienten in Prozenten ein (Expertenrating, Screening).

Download:

http://www.sabineschaefer.com/fileadmin/user_upload/Lizenzfreie_Testverfahren/GAF_2010-10-12-Homepage.pdf

Antrag auf Kostenzuschuss durch die Krankenkasse

„Psychotherapie ist eine der ärztlichen Hilfe im Rahmen der Krankenbehandlung gleichgestellte Leistung (§ 135 Abs. 1 Z. ASVG). Krankenbehandlung hat gemäß § 133 ASVG ausreichend und zweckmäßig zu sein, darf jedoch das Maß des Notwendigen nicht überschreiten. Die Österreichische Gesundheitskasse ist gemäß § 31 Abs. 5 Z. 10 ASVG zur Berücksichtigung ökonomischer Grundsätze bei der Krankenbehandlung verpflichtet“ (ÖGK, Antrag auf Kostenzuschuss, 2020).

Der Antrag auf Kostenzuschuss durch die Gesundheitskasse sollte folgende Informationen beinhalten:

Angaben zum Patienten Diagnose nach ICD-10, GAF-Wert, aktuelle Medikation etc.
Behandlungsbezogene Anamnese in Stichworten, Belastungsfaktoren (z.B. körperliche Erkrankungen, Krankheitsbeginn insbesondere familiäre Aspekte, traumatische Ereignisse, Drogen- oder Medikamentenmissbrauch),
Angaben zur Intensität der Störung (das aktuelle Zustandsbild soll auf Symptomebene stichwortartig wiedergegeben werden; Darstellung der aktuellen Situation),
Konkrete Zielsetzungen der Krankenbehandlung in Bezug auf die ICD-Diagnose, Therapiemethode, Beginn, Setting, beantragte Stundenanzahl, voraussichtliche Gesamtstundenanzahl.

Download

<https://www.gesundheitskasse.at/cdscontent/load?contentid=10008.705041&version=1579260568#:~:text=Psychotherapie%20ist%20eine%20oder%20%C3%A4rztlichen,Ma%C3%9F%20des%20Notwendigen%20nicht%20%C3%BCberschreiten> (aufgerufen 05.01.2022).

Diagnostik via Interview

Gerade für den klinischen Einsatz liegt eine Reihe von Interviewverfahren oder Interviewleitfäden vor, die Diagnosestellungen erleichtern sollen.

Standardisierte/strukturiert oder halbstandardisierte/halbstrukturierte

Interviewverfahren geben eine klare Struktur vor und werden einem Bewertungssystem

folgend ausgewertet. Der Interviewer soll dann die Antworten des Klienten diesem System folgend beurteilen (Rating) und kodieren

SCID-5-CV und SCID-5-PD, Strukturiertes klinisches Interview für DSM-5-Störungen bzw. für DSM-5-Persönlichkeitsstörungen (deutschsprachige Bearbeitung: Beesdo-Baum K., Zaudig, M. & Wittchen, H.U. (2019)

Diese beiden Interviewverfahren sollen die Diagnosestellung nach DSM erleichtern.

STIPO (Strukturierte Interview zur Persönlichkeitsorganisation, Clarkin et al., 2004; dtspr. Version Doering, 2004)

Dieses Interviewverfahren findet in der Praxis vielleicht wenig Anwendung (außer in klinischen Studien), weil es sehr zeitaufwendig ist und vom Untersucher viel abverlangt (intensive Schulung, psychoanalytische Erfahrung). Aus mehreren Gründen könnte es aber für Sie interessant sein: Es kann frei heruntergeladen werden, stellt eine gelungene Operationalisierung wesentlicher psychoanalytischer Begriffe dar und ist daher als ausgezeichnete Lernunterlage geeignet.

Interview (halbstrukturiert) mit 100 Items (offene Antworten, Rating: 0/1/2)

Theoretisches Konzept: dimensionaler Ansatz zur Persönlichkeitsdiagnostik als Ergänzung zur herkömmlichen kategorialen Diagnostik (ICD-10, DSM 5). Beruht auf Kernbergs Borderline Persönlichkeitsorganisationskonzept.

STIPO Dimensionen/Skalen:

1. Identität,
2. Objektbeziehungen,
3. Primitive Abwehr,
4. Coping/Rigidität,
5. Aggression,
6. Wertvorstellungen,
7. Realitätsprüfung.

Gütekriterien: Interne Konsistenz Cronbachs α der Skalen =.63 (Realitätsprüfung) bis .92 (Objektbeziehungen)

Beispiel Frage 12 (aus "Kohärenz und Kontinuität")

„Ich möchte nun zu einem anderen Thema kommen und Sie etwas über sich als Person fragen, über Ihre Persönlichkeit. Wenn Sie wollten, dass ich Sie so schnell wie möglich kennen lerne, in ein paar Minuten, wie würden Sie sich beschreiben, so dass ich ein lebendiges und abgerundetes Bild von Ihnen als Mensch bekomme?“

Rating durch den Interviewer zur Beurteilung der Antwort

(Vertiefende Fragen wurden ausgelassen)

0= Beschreibt sich differenziert, tiefgehend und selbstreflektiert; sie/er kann viele verschiedene Seiten von sich beschreiben und sowohl positive als auch negative Aspekte von sich selbst wahrnehmen; narrative Qualität; kann ihre/seine Persönlichkeit und ihr/sein inneres Erleben reflektiv wahrnehmen.

1= Teilweise oberflächliche Selbstbeschreibung, enthält einige Selbstreflexion und Wahrnehmung des eigenen inneren Erlebens; Probleme, das Selbst als Ganzes wahrzunehmen, reduzierte Quantität und Qualität der beschriebenen Züge des Selbst; neigt in der Selbstbeschreibung zu Adjektivlisten ohne Differenzierung bzw. Narrative.

2= Oberflächliche Selbstbeschreibung, wenig differenziert und tiefgehend; keine Fähigkeit, das Selbst als Ganzes wahrzunehmen, reduzierte Quantität und Qualität der beschriebenen Züge des Selbst; Adjektivliste

ohne Differenzierung; wenig bis keine narrative Qualität; wenig bis keine reflexive Fähigkeit bezüglich des eigenen inneren Erlebens.

Download

<https://www.meduniwien.ac.at/hp/fileadmin/psychoanalyse/pdf/STIPO-D.pdf>

Diagnostik via Fragebögen

Um einen Einblick in klinisch-psychologische Fragebögen zu geben, werden im Folgenden drei Fragebögen präsentiert. So können Sie erfahren, wie Fragebögen aufgebaut sein können (psychologisches Konstrukt und Operationalisierung), wie ihr Einsatz funktioniert (Durchführung, Auswertung) und welche Funktion ihnen innerhalb eines psychologischen Befundes zukommt (Interpretation, Beantwortung der Fragestellung).

BPI, Fragebogen Borderline-Persönlichkeits-Inventar (Leichsenring, 1997)

Fragebogen zur Selbsteinschätzung mit 53 Items (mit ja/nein zu beantworten) und Angabe von Cut-off-Kriterien.

Theoretisches Konzept: Kernbergs Borderline Persönlichkeitsorganisationskonzept (1967, 1985); damit folgt das Konzept einem psychoanalytisch-strukturellem Ansatz, sowie Überlegungen von Gunderson et al. (1975, 1978, 1980), einem deskriptiv-phänomenologischen Ansatz.

Skalen

- Identität (Entfremdungserlebnisse und Identitätsdiffusion), $\alpha(ID)=.91$,
- Angst vor Nähe, $\alpha(N)=.83$,
- primitive Abwehrmechanismen und Objektbeziehungen, $\alpha(AB)=.81$,
- mangelhafte Realitätsprüfung, $\alpha(R)=.68$.

Testkonstruktion

Vorform mit 100 Items (innere Konsistenz Cronbachs alpha .93)/Item-Analyse zur Bestimmung der Trennschärfe/Itemselektion/gekürzte Fassung mit 53 Items/Kreuzvalidierung/Anwendung an verschiedenen Patientenstichproben/Faktorenanalyse (6-Faktorlösung)/Skalenbildung/neuerliche Anwendung an Patientenstichprobe (n = 495)/Ermittlung vor Cut-off-Kriterien. Retest-Reliabilität >.80.

z.B. Items aus der Skala „Identität“ (Auswahl)

03. Ich frage mich häufig, wer ich eigentlich bin.

06. Manchmal kommt in mir eine andere Person zum Vorschein, die gar nicht zu mir gehört.

08. Manchmal habe ich das Gefühl, dass die Leute und die Dinge um mich herum unwirklich sind.

15. Manchmal kommen Seiten in mir zum Vorschein, die gar nicht zu mir passen.

26. Ich habe schon einmal die Anwesenheit einer Person gespürt, obwohl sie nicht anwesend war.

27. Manchmal kommt mir mein Körper oder Körperteile fremd oder verändert vor.

33. Manchmal habe ich das Gefühl, auseinander zu fallen.

unterstriche Items: gehen in den Cut-off-Wert ein.

BDI-II, Beck-Depressions-Inventar (Beck et al., 1996; dt.spr. Vers. Hautzinger et al., 2006)

Fragebogen zur Selbsteinschätzung mit 21 zu wählenden Aussagen zur Erfassung der Schwere der Depression. Laut Testautoren gehört das BDI zu den weltweit am häufigsten eingesetzten Selbstbeurteilungsinstrumenten zur Beurteilung der Depressionsschwere bei entsprechenden Patienten und zum Screening möglicher Depressionen in der Normalbevölkerung. Zu 21 Symptomen (Items) werden je 4 Aussagen (Antwortformat) vorgelegt. Die zu untersuchende Person gibt an, welche Aussagen ihr Erleben in den letzten zwei Wochen am besten beschreiben. Die Bearbeitungszeit liegt bei ca. 5-10 Minuten. Es liegen Cut-off-Werte für fünf Ausprägungen vor, wobei der klinischen Sensitivität Vorzug gegeben wurde (gegenüber der Spezifität): keine Depression; minimale Depression; leichte Depression; mittelschwere Depression; schwere Depression.

Entwicklung: Die 21 Items (Aussagen) „beruhen auf klinischen Symptombeschreibungen und waren keiner bestimmten Theorie der Depression verpflichtet“ (Hautzinger et al., 2006, S.8). Ursprünglich wurde der BDI als standardisiertes Interview konzipiert und erst mit der Zeit, ab den 1970er Jahren, als Fragebogenform verwendet, wobei die Items sprachlich verbessert wurden. Das Erscheinen des DSM-III führte zu einer neuerlichen Diskussion der BDI-Items, weil der BDI auch Aussagen enthielt, die für die DSM-Diagnose der *major depression* unbedeutend waren und andere wesentliche Kriterien nicht erfragte; das führte zu einer Revision; das Erscheinen des DSM IV führte zu einer weiteren Revision, dem BDI-II.

Gütekriterien: Reliabilität Cronbachs α (Gesamtwert)=.93; Retestrel.)=.78; Normen: Prozentränge für depressive und gesunde Personen (N(d)=266; N(g)=582).

Symptome (Bsp.)

„Verlust der Freude“

1. Ich kann die Dinge genauso gut genießen wie früher.
2. Ich kann die Dinge nicht mehr so genießen wie früher.
3. Dinge, die mir früher Freude gemacht haben, kann ich kaum mehr genießen.
4. Dinge, die mir früher Freude gemacht haben, kann ich überhaupt nicht mehr genießen.

BAI, Beck-Angst-Inventar (dt. Bearb.: Margraf & Ehlers)

Selbsteinschätzung, Erfassung der Schwere der Angst; in Kombination mit BDI-II Differenzierung zwischen Depression und Angst, 21 Items werden auf einer 4-stufigen Skala eingeschätzt; Reliabilität Cronbachs α (Gesamtwert) >.85; Retestrel. >.79); Normen: repräsentative Stichprobe (für Deutschland, N=2961), sowie Referenzwerte für verschiedene Angststörungen (Panikstörung, Sozialphobie, Zwangsstörung, generalisierte Angststörung).

Items

Verschiedene Empfindungen werden angeführt. Der Klient hat anzugeben, wie sehr er durch diese Empfindungen in den letzten zwei Wochen belastet war.

z.B. *Taubheit oder Kribbeln, Hitzegefühl, Weiche Knie oder Beine* etc.

Antwortformat: von *überhaupt nicht* bis *stark*.

Diagnostik via Persönlichkeitsfragebögen

Persönlichkeitsfragebögen bestehen in aller Regel aus einer Fülle von Aussagen, die vom Probanden als *zutreffend* oder *nicht zutreffend* angegeben werden sollen (Selbsteinschätzung). Das Antwortformat kann variieren, z.B. von ja/nein bis zu mehreren Optionen: *trifft sehr zu, trifft eher zu, trifft eher nicht zu, trifft nicht zu...* etc. Diese

Aussagen lassen sich dann zu Gruppen ordnen (Subskalen), die sich auf einer höheren Ebene wiederum zu weiteren Skalen zuordnen lassen. Um Verfälschungen vorzubeugen, können zudem sogenannte *Lügenskalen* eingebaut sein.

Theoretisch basieren die verschiedenen Fragebögen auf unterschiedlichen Persönlichkeitstheorien.

Eine besonders wichtige Rolle spielt in der Psychologie das Konzept der „big five“, das ursprünglich in den 1930-er Jahren entwickelt wurde, und zwar aus einem lexikalischen Vorgehen heraus, und seither immer weiter verfeinert wurde. Den Ergebnissen dieses Vorgehens folgend kann Persönlichkeit am besten mit folgenden fünf Eigenschaften beschrieben werden:

- Neurotizismus,
- Extraversion/Introversion,
- Verträglichkeit,
- Offenheit für Erfahrung und
- Gewissenhaftigkeit.

Wobei diese fünf Begriffe wiederum aus einzelnen weiteren Begriffen zusammengesetzt sind (s.u.). Im Laufe der Jahre und Jahrzehnte wurden die Persönlichkeitsmodelle immer wieder modifiziert und so allmählich durch neue Modelle abgelöst.

NEO-PI-R, NEO-Persönlichkeitsinventar nach Costa und McCrae

Dieses Verfahren ist dem big-five-Modell verpflichtet. Die fünf Globalskalen repräsentieren das Persönlichkeitsmodell und bildeten den Ausgangspunkt für die Fragebogenkonstruktion. Es liegt eine Selbstbeurteilungs- und eine Fremdbeurteilungsform vor.

Skalen und Subskalen:

- *Neurotizismus*: Ängstlichkeit, Reizbarkeit, Depression, Soziale Befangenheit, Impulsivität, Verletzlichkeit.
- *Extraversion*: Herzlichkeit, Geselligkeit, Durchsetzungsfähigkeit, Aktivität, Erlebnishunger, Frohsinn.
- *Offenheit für Erfahrung*: Offenheit für Fantasie, Offenheit für Ästhetik, Offenheit für Gefühle, Offenheit für Handlungen, Offenheit für Ideen, Offenheit des Normen- und Wertesystems.
- *Verträglichkeit*: Vertrauen, Freimütigkeit, Altruismus, Entgegenkommen, Bescheidenheit, Gutherzigkeit.
- *Gewissenhaftigkeit*: Kompetenz, Ordnungsliebe, Pflichtbewusstsein, Leistungsstreben, Selbstdisziplin, Besonnenheit.

FPI-R, Freiburger Persönlichkeitsinventar (Fahrenberg et al., 2010)

Das FPI-R ist ein viel verwendeter Fragebogen jenseits des „big five“-Ansatzes. Die Skalenkonstruktion erfolgte nach einem deduktiven Ansatz, d.h. die Autoren suchten zuerst bestimmte theoretische Konzepte aus und entwickelten dann die entsprechenden Items (Auswahl der Items erfolgte teils nach faktorenanalytischen, teils nach Trennschärfe Kriterien).

Beispiel für die ersten drei (von zehn) Skalen mit je einem Beispielitem:

Lebenszufriedenheit: „Alles in allem bin ich ausgesprochen zufrieden mit meinen bisherigen Leben.“

Soziale Orientierung: „Da der Staat schon für Sozialhilfe sorgt, brauche ich im Einzelnen nicht zu helfen.“ (wird umgekehrt)

Leistungsorientierung: „Ich habe gern mit Aufgaben zu tun, die schnelles Handeln verlangen.“
Gehemmtheit: „Ich werde ziemlich leicht verlegen.“

Die Auswertung dieser Skalen erlaubt ein sogenanntes Persönlichkeitsprofil.

MMPI-2-RF (Minnesota Multiphasic Personality Inventory-2 Restructured Form)

Normen: Die Normierung des MMPI-2-RF erfolgte an einer gleich viele Männer und Frauen umfassenden Substichprobe (N=916) der Normstichprobe des deutschsprachigen MMPI-2-RF, einer repräsentativen Stichprobe der Bevölkerung im Altersbereich zwischen 18 und 70 Jahren.

Skalen (Auswahl):

Hypochondrie, Depression, Hysterie, Paranoia, Hypomanie, Soziale Introversion.

Beispiele:

Beispiele für Items der Skala „D Depression“

„Ich wünschte, ich könnte so glücklich sein, wie andere Leute zu sein scheinen.“ (ja)

„Mein tägliches Leben ist voller Dinge, die mich interessieren.“ (nein)

Beispiele für Items der Skala „PA Paranoia“

„Niemand scheint mich zu verstehen“ (Ja)

„Ich habe keine Feinde, die mir wirklich schaden wollen“ (nein)

GT-II, Gießen-Test-II, Beckmann, Bräher & Richter

Ein mehrdimensionales Verfahren zur Erfassung von Selbst-, Fremd- und Idealbildern, auf psychosozialen und psychoanalytischen Theorien beruhend.

40 bipolar formulierte Aussagen, die auf sechs Skalen beruhen: *Soziale Resonanz (negativ vs. positiv)*, *Dominanz (dominant vs. gefügig)*, *Kontrolle (unterkontrolliert vs. zwanghaft)*, *Grundstimmung (hypomanisch vs. depressiv)*, *Durchlässigkeit (durchlässig vs. retentiv)*, *Soziale Potenz (sozial potent vs. sozial impotent)*.

Diagnostik via Intelligenz- und Leistungstests

Die Intelligenz- und Leistungsdiagnostik ist sicherlich eine Erfolgsgeschichte der psychologischen Diagnostik. Sie wird hier vielleicht nicht so ausführlich, wie es wünschenswert wäre, weil die mit ihr verbundenen Fragen in der niedergelassenen psychotherapeutischen Praxis mit Erwachsenen sehr speziell und nicht sehr häufig sind. Dennoch ist sie in vielen Bereichen essenziell, etwa im Rahmen einer neuropsychologischen Behandlung (z.B. Neurorehabilitation), zur Klärung der Berufsfähigkeit (z.B. Sozialgericht); in der Förderung von Hochbegabung (z.B. Förderungsprogramme); zur Klärung der Berufseignung (z.B. berufliche Auswahlverfahren); zur Einschätzung der Gefährlichkeit eines Straftäters (z.B. Strafgericht)... etc.

IST-2000-R Intelligenzstrukturtest (Liepmann et al. 2007)

Der IST-2000-R ist ein breit angelegter Intelligenztest, der mehrere Kennwerte zur Intelligenz liefert. Der Test basiert auf einen von Amthauer entwickelten Test (erste Ausgabe 1953), der als IST-70 sehr bekannt wurde.

Der Test liegt in zwei Parallelformen mit identen Items vor, die in unterschiedlicher Reihenfolge vorgegeben werden.

Die Autoren greifen auf das Zwei-Faktorenmodell der *fluiden* und *kristallinen Intelligenz* von Horn und Cattell (1966) zurück: Unter fluider Intelligenz versteht man die Fähigkeit, neuen Problemen oder Aufgaben gerecht zu werden, ohne dass dafür auf bereits vorhandenes Wissen zurückgegriffen werden muss, z.B. *schlussfolgerndes Denken*. Im Gegensatz dazu umfasst kristalline Intelligenz akkumuliertes Wissen, z.B. Allgemeinwissen.

Untertests/Skalen

Schlussfolgerndes Denken

Verbale Intelligenz (.88)

Satzergänzen (20 Items, 6 Min, .69)

Analogien (20 Items, 7 Min, .74)

Beispielitem

„Bei drei Wörtern besteht zwischen den ersten beiden eine Beziehung. Aus fünf Wörtern ist dasjenige Wort zu finden, das zu dem dritten Wort in ähnlicher Beziehung steht wie das zweite zum ersten.

Beispiel: Wald : Bäume = Wiese : ?

a)Gräser b)Heu c)Futter d)Grün c)Weide“

Gemeinsamkeiten (20 Items, 8 Min, .76)

Numerische Intelligenz (.95)

Rechenaufgaben (20 Items, 10 Min, .84)

Zahlenreihen (20 Items, 7 Min, .90)

Rechenzeichen (20 Items, 7 Min, .86)

Figurale Intelligenz (.87)

Figurenauswahl (20 Items, 7 Min, .77)

Würfelaufgaben (20 Items, 9 Min, .80)

Matrizen (20 Items, 10 Min, .71)

Merkfähigkeit (.95)

Merkfähigkeit verbal (10 Items, 1+2 Min, .94)

Merkfähigkeit figural (13 Items, 1+3 Min, .90)

Erweiterungsmodul (.93, 40 Items)

Verbales Wissen (28 Items, .84)

Numerisches Wissen (28 Items, .82)

Figurales Wissen (28 Items, .83)

Durchführung: als Gruppen- oder Einzeltest möglich; Testzeit beträgt zwei Stunden für das Grundmodul, 40 Minuten für den Erweiterungsteil; dazwischen 10 Minuten Pause und 12 Minuten für den Gedächtnisteil.

Validität: Konfirmatorische Faktorenanalysen bestätigen die postulierte Struktur. Darüber hinaus wurden Korrelationen mit anderen Tests berichtet, die befriedigend ausfielen. Eine Untersuchung zu berufsbezogenen Außenkriterien (Ausbildungsniveau, sozialer Status als Kombination aus Einkommen und Prestige des ausgeübten Berufs) wiesen mittlere Zusammenhänge auf ($r=.35$ bis $r=.47$; vgl. Steinmayr & Amelang, 2006; zitiert nach Schmidt-Atzert & Amelang, 2012).

Der große Vorteil intelligenzdiagnostischer Verfahren liegt darin, dass die ihnen zugrundeliegenden Daten Eigenschaften aufweisen (Normalverteilung, Intervallskalenniveau), die genauen Messungen ermöglichen und Standardisierungen erlauben. So können mittels Intelligenzquotienten sehr genaue Angaben darüber gemacht werden, wie eine Person in Bezug auf die Population abschneidet.

Intelligenz- und Leistungsdiagnostik im klinischen Einsatz

Im klinischen Bereich spielt die Intelligenz- und Leistungsdiagnostik etwa in der Neuropsychologie eine wichtige Rolle:

- **Aufmerksamkeit:** Man unterscheidet verschiedene Aufmerksamkeitsmodi, die zumeist, aber nicht nur, via Computer-gestützter Diagnostik erfasst werden: *Alertness* (prinzipielle Bereitschaft, auf Stimuli zu reagieren), die *Selektive Aufmerksamkeit* (Konzentration auf bestimmte Reize unter Ausschaltung anderer), die *geteilte Aufmerksamkeit* (Beachtung von Reizen aus verschiedenen Reizklassen), die *Daueraufmerksamkeit* (fokussierte oder geteilte Aufmerksamkeit über einen längeren Zeitraum), die *Vigilanz* (Beachtung seltener Reize über einen längeren Zeitraum). In den Bereich der Aufmerksamkeit fallen auch *Konzentrationstests*.
- **Gedächtnis:** umfasst die unterschiedlichen Gedächtnisbereiche Arbeitsgedächtnis, Kurzzeitgedächtnis, Langzeitgedächtnis.
- **Exekutive Funktionen:** Das sind Funktionen des Planens und Handelns und betreffen z.B. die Frage, inwiefern eine Person zielgerichtet denken kann.

Die Beschreibung eines entsprechenden Testverfahrens finden Sie z.B. unter:
<https://www.schuhfried.com/de/neuro/>

Testtheorie und Testkonstruktion

Einige Begriffe

Item: Grundbaustein eines Tests. In Fragebögen wird das eine Aussage oder eine Frage sein, die zutreffen oder nicht zutreffen kann; in einem Intelligenztest wird es sich um eine Aufgabe handeln, die richtig oder falsch beantwortet werden kann.

Der Begriff **Skala** (Subskala) hat unterschiedliche Bedeutungen. Hier interessiert uns die Bedeutung als Baustein eines Tests: Mehrere Items, die inhaltlich zusammengehören, weil sie gemeinsam etwas abbilden, formen eine Skala. Beispielsweise wurden Items (Auswahl) der Skala *Identität* des BPI-Fragebogens (*Borderline-Persönlichkeits-Inventar*) weiter vorne aufgeführt.

Score: Der Rohwert, den eine Person in einer Skala bzw. Subskala erhält, zumeist die Summe aller entsprechenden Items, nennt man Score.

Ein **Cut-Off-Wert** ist ein Wert, der eine Grenze markiert; er fungiert als Kriterium.

Beispiel:

Ein Score von xyz und darüber spricht für das Vorhandensein einer „Borderlinestörung“.

Cronbachs α ist ein Maß für die interne Konsistenz bzw. für die Reliabilität im Sinne der Homogenität des Erfassten. (Formal entspricht dieser Koeffizient der mittleren Testhalbierungs-Reliabilität eines Tests für alle möglichen Testhalbierungen.)

Indikator: Mit diesem Begriff ist eine Variable gemeint, die auf das Vorhandensein eines bestimmten Merkmals weist. Bedenken Sie, dass es jenseits diagnostisch gewonnener Daten – via Verhaltensbeobachtung, Befragung, Fremdeinschätzung und Testung – eine Vielzahl von Indikatoren gibt, die das Vorhandensein von Merkmalen aufzeigen und die etwa für die Evaluation einer Therapie sehr wichtig sein können.

Beispiel:

Wenn Ihr Klient zu Beginn der Behandlung schon einige Zeit arbeitslos war und nach einer gewissen Zeit eine Arbeit findet und behält, könnte das als Hinweis für den Erfolg der Therapie verstanden werden.

Screening ist ein zeitsparendes noch nicht in die Tiefe gehendes diagnostisches Vorgehen, gleichsam eine Breitbandmessung. Es soll helfen zu entscheiden, ob eine weitere, vertiefende diagnostische Erhebungen notwendig ist oder nicht, bzw. in welche Richtung weiter untersucht werden soll.

Testkonstruktion: Wie wird ein psychologisches Verfahren entwickelt?

Prinzipielles: Was soll erfasst werden? Für welchen Zweck? (Einsatzfeld; wer sind die Untersucher?) Wie soll erfasst werden? Welcher theoretische Hintergrund erscheint geeignet (meistens geht es hier eher um die Frage: Welcher Theorie fühlen sich die Autoren verpflichtet?)

- Definition des zu erhebenden/messenden Merkmals

- Suche nach Indikatoren bzw. Kriterien – diese beruht auf vorhandenen Theorien, Hypothesen bzw. Beobachtungen/Erfahrungen (Operationalisierung: Ein bestimmtes Merkmal, z.B. Persönlichkeit, soll messbar gemacht werden.)
- Erstellung der Items (Fragen, Aussagen, Aufgaben, Kategorien...)
- Erste Anwendung des Verfahrens an geeigneter Stichprobe
- Empirische Überprüfung (postulierte Struktur und Gütekriterien: Objektivität, Reliabilität, Validität)
- Normierung (Eichung)
- Publikation des Erhebungsverfahrens (wo möglich: Interpretationshilfen, z.B. Cut-off-Werte, Ankerbeispiele, Schulungen etc.)
- Revision.

Gütekriterien quantitativer Verfahren

Die Gütekriterien dienen der Wahrung von Standards der zu verwendenden Verfahren. Sie geben über die „Produktqualität“ des jeweiligen Verfahrens Auskunft (vgl. Kubinger & Jäger, 2003).

Objektivität

Es wird zwischen Durchführungs-, Auswertungs- und Interpretationsobjektivität unterschieden. Im Prinzip geht es darum, dass der Untersucher – als Testleiter, Auswerter und Interpretierender – keinen Einfluss auf das Ergebnis des Tests haben soll. Dazu müssen die Testbedingungen, die Auswertung und die Interpretation standardisiert sein und der Untersucher muss sich streng an diese Instruktionen halten.

Reliabilität (Zuverlässigkeit)

Die Reliabilität eines Tests zeigt die Genauigkeit des Tests auf. Wenn eine Person auf ein bestimmtes Persönlichkeitsmerkmal mittels Persönlichkeitsfragebogen mehrmals untersucht wird, so sollte immer das Gleiche herauskommen. Berechnet wird die Reliabilität im Großen und Ganzen durch Korrelationsberechnungen.

In der Klassischen Testtheorie wird unterschieden zwischen

- Paralleltest-Reliabilität (Korrelation zwischen zwei Versionen des Tests)
- Retest-Reliabilität (Wiederholung der Testung und Korrelation zwischen den beiden Messungen)
- Interne Konsistenz (Homogenität; auch innere Konsistenz genannt; Test/Skala wird künstlich in viele Teil-Tests/-Skalen geteilt und diese werden miteinander korreliert)

„Während Paralleltest- und Retest-Reliabilität am Konzept orientiert sind, etliche Testpersonen zweimal, entweder mit einer Parallelförm des Tests (i.w.S.) oder eben mit demselben Test zu testen, um über die Korrelation den Grad der Übereinstimmung der Testwerte zu berechnen – also die Exaktheit der Messung exemplarisch zu prüfen –, fußt die interne Konsistenz auf einer im Vergleich „retrospektiven“ Argumentation, nämlich (sinngemäß) die Korrelation der einzelnen Bestandteile eines Tests (z.B. seine Items) zu bestimmen, weil auch die Bearbeitung der Testbestandteile als Messwiederholungen aufgefasst werden können. Traditionell ist der inneren Konsistenz mehr Gewicht beizumessen“ (Kubinger & Jäger, 2003, S.198).

Validität (Gültigkeit)

Die Validität eines Tests zeigt auf, ob der Test das misst, was er messen soll. Sie ist das wichtigste Kriterium.

„Ein Test ist dann valide bzw. „gültig“, wenn er tatsächlich diejenige Eigenschaft misst, welche er zu messen beabsichtigt“ (Kubinger & Jäger, 2003, S.199).

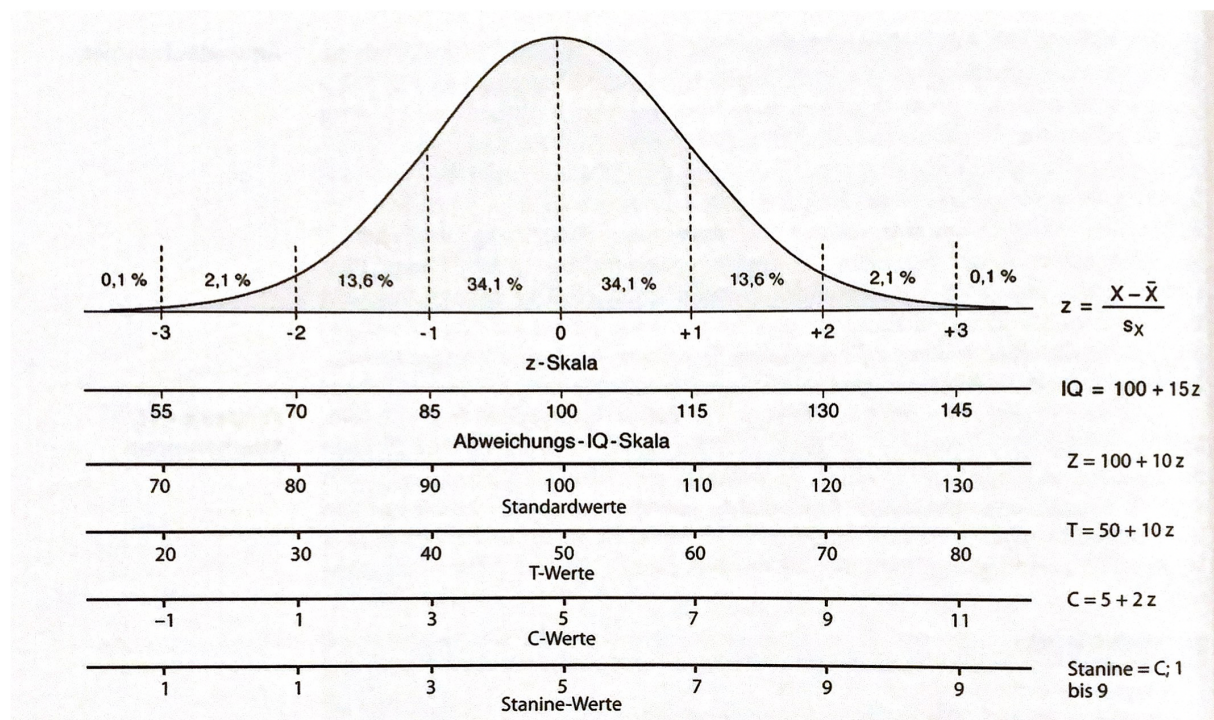
Je nach Methode, mit der für die Validität eines Tests argumentiert wird, kann unterschieden werden zwischen:

- Inhaltlicher Gültigkeit – bezieht sich meistens auf die Beurteilung eines Tests v.a. in Bezug auf sein Konzept durch Experten (Rating).
- Konstruktvalidität – z.B. wird rechnerisch überprüft, ob eine postulierte Struktur (z.B. der Persönlichkeit) sich auch rechnerisch abbildet (z.B. ob die Faktorenanalyse die postulierten Skalen/Faktoren abbildet).
- Kriteriumsvalidität – bezieht sich z.B. auf die Beziehung zwischen Testergebnis und einem Außenkriterium, z.B. der Zusammenhang zwischen Leistung im Intelligenztest und Schulnote (Außenkriterium).
- Vorhersagevalidität (prognostische Validität), z.B. der Zusammenhang zwischen Leistung im Intelligenztest und beruflichem Erfolg fünf Jahre nach Messung (Vorhersage).

Normierung

Die Normierung eines Tests liefert ein Bezugssystem, um individuelle Testergebnisse im Vergleich zu denen einer größeren, im besten Fall repräsentativen, Stichprobe einordnen zu können. Für eine Einzelfalldiagnostik im Sinne einer Statusdiagnostik ist es wesentlich, dass der Test normiert ist, weil so ersehen werden kann, was das erzielte Ergebnis bedeutet. Das bekannteste Beispiel einer Normierung ist der Intelligenzquotient, dessen Mittelwert bei 100 liegt: d.h., dass ein IQ-Wert von 100 einer durchschnittlichen Intelligenz entspricht.

Normalverteilung (z-Skala, IQ-Skala, Standardwerte, t-Werte, C-Werte und Stanine)



Weitere Gütekriterien (Nebengütekriterien) sind: Skalierung, Testökonomie, Nützlichkeit, Zumutbarkeit, Unverfälschbarkeit, Fairness (vgl. Kubinger & Jäger, 2003).

Gütekriterien qualitativer Verfahren

Objektivität qualitativer Verfahren bezieht sich auf die Nachvollziehbarkeit der Untersuchung und ihrer Ergebnisse. Der Untersucher sollte fähig sein, die Kriterien seiner Untersuchung zu explizieren und deren theoretischer Hintergrund. Objektivität in diesem Sinne beinhaltet also auch subjektive Perspektiven: „Während im quantitativen Ansatz die Unabhängigkeit von der Person des Forschers (Untersuchers) durch strenge Standardisierung der äußeren Bedingungen sichergestellt werden soll, versucht man im qualitativen Ansatz eher, im subjektiven, inneren Erleben der Befragten vergleichbare Situationen zu erzeugen, indem sich Interviewer, Beobachter usw., individuell auf die untersuchten Personen einstellen. So wird im standardisierten Interview jeder Respondent mit identischen Fragen konfrontiert [...], während der Interviewer bei einer qualitativen Befragung die einzelnen Fragen häufig umformuliert und abändert, um sie dem Verständnis des Respondenten [...] anzupassen“ (vgl. Bortz & Döring, 1995, S.302).

Dahinter steht z.B. die Überlegung, dass man unterschiedliche Menschen unterschiedlich untersuchen muss. Auch im qualitativen Ansatz können Auswertungs- und Interpretationsobjektivität abgeschätzt werden. Dieses Problem wird weniger als Objektivität verstanden, sondern als Validität.

Literatur

Amelang M., Zielinski, W. (1997). *Psychologische Diagnostik und Intervention*. Berlin: Springer.

APA (2015). *Diagnostisches und statistisches Manual psychischer Störungen DSM 5*. Göttingen: Hogrefe.

Arbeitskreis OPD. (2014/2019). *Operationalisierte Psychodynamische Diagnostik. Grundlagen und Manual*. Bern: Huber.

Beck, A.T. & Steer, R.A. (2007). *BAI, Beck-Angst-Inventar (dtspr. Bearbeitung Markgraf, J. & Ehlers, A.)*. Frankfurt am Main: Harcourt Test Service.

Beck, A.T., Steer, R.A. & Brown, G.K. (2006). *BDI-II, Beck Depressions-Inventar Revision (dtspr. Bearbeitung Hautzinger, M., Keller, F., Kühner, Ch.)* Frankfurt am Main: Harcourt Test Service.

Beckmann, D., Bräher, E. & Richter H.E. (2012), *GT-II, Der Gießen-Test II*. Bern: Hans Huber.

Beesdo-Baum K., Zaudig, M. & Wittchen, H.U. (2019). *SCID-5-CV, Strukturiertes Klinisches Interview für DSM-5-Persönlichkeitsstörungen – Klinische Version*. (Deutsche Bearbeitung des Structured Clinical Interview for DSM-5-Personality Disorders – Clinical Version). Göttingen: Hogrefe.

Beesdo-Baum K., Zaudig, M. & Wittchen, H.U. (2019). *SCID-5-CV, Strukturiertes Klinisches Interview für DSM-5-Störungen – Klinische Version*. (Deutsche Bearbeitung des Structured Clinical Interview for DSM-5-Disorders – Clinical Version). Göttingen: Hogrefe.

Berking, M. & Rief, W. (2012). *Klinische Psychologie und Psychotherapie. Band I. Grundlagen und Störungswissen*. Berlin: Springer.

BMG (2012). *Richtlinie für die Erstellung von klinisch-psychologischen und gesundheitspsychologischen Befunden und Gutachten des Bundesministeriums für Gesundheit auf Grundlage eines Gutachtens des Psychologenbeirats vom 23.02.2012*. Wien: BMG.

BMSGPK (2020). *Diagnostik-Leitlinie für Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten*. Wien: BMSGPK.

BMSGPK (2020). *Berufskodex für Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten*. Wien: BMSGPK.

BMSGPK (2021). *Systematisches Verzeichnis. Internationale Statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme, 10. Revision*. Wien: BMSGPK.

Bortz, J. & Döring, N. (1995). *Forschungsmethoden und Evaluation für Sozialwissenschaftler*. (2. Auflage). Berlin: Springer.

BÖP (2020): <https://www.boep.or.at/psychologische-behandlung/klinisch-psychologische-diagnostik#ce5a1ae80de08cfc713c000009> (aufgerufen 09.08.2020)

Caspar, F., Pjanik, I. & Westermann, S. et al. (2018). *Klinische Psychologie*. Wiesbaden: Springer.

Doering, S. & Hörz, S. (2012). *Handbuch der Strukturdiagnostik. Konzepte, Instrumente, Praxis*. Stuttgart: Schattauer.

Finessi, H.-J. (2004). *Lehrbuch der psychologischen Diagnostik. Mit Hinweisen zur Intervention*. 3. Überarbeitete Auflage. Göttingen: Hogrefe.

Figdor, H. (2016): <https://www.app-wien.at/images/doku/Figdor2016Diagnostik.pdf>

Joiner (2005). *Why people die by suicide*. Cambridge: Harvard University.

Kernberg, O. (1985). *Schwere Persönlichkeitsstörungen. Theorie, Diagnose, Behandlungsstrategien*. Stuttgart: Klett-Cotta, 2015.

Kubinger, K. & Jäger, R. (Hg). (2003). *Schlüsselbegriffe der psychologischen Diagnostik*. Weinheim: Beltz.

Laireiter, A.T. (2000). *Diagnostik in der Psychotherapie*. Wien: Springer.

Leichsenring, F. (1997). *BPI, Borderline-Persönlichkeits-Inventar*. Göttingen: Hogrefe.

Lieb, K., Frauenknecht, S., Brunnhuber, S. (2012). *Intensivkurs Psychiatrie und Psychotherapie*. 7. Auflage. München: Urban & Fischer.

McWilliams, N. (2020). *Psychoanalytic Diagnosis, Understanding Personality Structure in the Clinical Process*. 2nd Edition. New York: Guilford.

Ortner, T. & Kubinger, K. (2021). *Psychologische Diagnostik in Fallbeispielen*. 2. Vollständig überarbeitete Auflage. Göttingen: Hogrefe.

Pöldinger, W (1968). *Die Abschätzung der Suizidalität*. Bern: Hans Huber.

Renneberg, B. & Herpetz, S. (2021). *Persönlichkeitsstörungen*. Göttingen: Hogrefe.

Schmidt-Atzert, L. & Amelang, M. (2012). *Psychologische Diagnostik*. 5. Auflage. Berlin: Springer.

Stern, D. (2005). *Der Gegenwartsmoment. Veränderungsprozesse in Psychoanalyse, Psychotherapie und Alltag*. Frankfurt: Brandes & Aspsel.

Stieglitz, R.D. & Freyberger, H. (Hrsg.). (2017). *Diagnostik in der Psychotherapie*. Stuttgart: Kohlhammer.

WHO (1993). *Internationale Klassifikation psychischer Störungen: ICD-10, Kapitel V (F) klinisch-diagnostische Leitlinien*. Bern: Huber.

Ausgewählte Podcasts

Zu Klinischen Psychologie und Psychotherapie, Diagnostik und Klassifikation (Berking & Rief, 2012)

https://lehrbuch-psychologie.springer.com/sites/default/files/atoms/audio/978-3-642-16973-1_berkingrief_a1_audio_b1_kap_02.mp3

Bitte suchen Sie selbst die weiteren Podcasts dieses Lehrbuches heraus, unter:

<https://lehrbuch-psychologie.springer.com/hoerbeitraege/427>

Ad Diagnostik und Behandlung der Depression (Mentzos, 1995)

Diese Vortragsreihe (insgesamt 5 Folgen) kann mittlerweile zwar als historisch angesehen werden – Mentzos spricht vom Übergang von ICD-9 zu ICD-10 – sie ist dennoch äußerst interessant und wird deshalb hier empfohlen: „Die rein deskriptive Syndromatologie der DSM und ICD hat zwar ihre Vorteile, sie ist aber theoretisch und insbesondere praktisch in Klinik und Therapie sehr unzureichend. Die klinische Vorlesung sollte deswegen zum Teil kontrapunktisch, zum anderen Teil auch ergänzend zur Deskription der Psychodynamik und Psychogenese depressiver Zustände rekapitulieren, um dann vorwiegend auf die therapeutische Anwendung des psychodynamischen Modells bei der Therapie der reaktiven, neurotischen und psychotischen Depression (sowie des somatischen depressiven Äquivalents = sogenannte larvierte Depression) zu fokussieren. Dabei wurden sowohl Spezialindikationen, Besonderheiten der Technik, aber auch eventuell notwendige Kombinationen mit anderen Methoden diskutiert.“

Download:

<https://podtail.com/es/podcast/carl-auer-autobahnuniversitat/stavros-mentzos-psychodynamische-therapie-der-de-5/>

Zur Diagnostik und Behandlung von Persönlichkeitsstörungen (Kernberg, 1995)

Ebenfalls eine mittlerweile „historische“ äußerst interessante Vortragsreihe (insgesamt 4 Folgen): „Die moderne Psychotherapieforschung legt heute besonderen Wert auf die genau Spezifizierung der jeweils untersuchten Behandlung. Obwohl die verschiedenen theoretischen Orientierungen in der Psychotherapie unterschiedliche Konzeptionen für den Begriff Borderline erarbeitet haben, entwickelte sich ein überraschender Grad an Übereinstimmung bezüglich der für diese Patienten als geeignet erscheinenden Behandlungsmethode, namentlich einer psychoanalytisch orientierten Psychotherapie, die auf Übertragungsdeutungen beruht. Das vorgestellte Behandlungsmodell basiert auf ichpsychologischen und objektbeziehungstheoretischen Konzepten. Die dargestellten Behandlungsstrategien und die Behandlungstechnik resultieren aus einem integrierten theoretischen Modell der Borderline-Psychopathologie.“

Download:

<https://www.podcast.de/episode/471162714/otto-f-kernberg-konzepte-der-psychotherapie-von-borderline-stoerungen-1>

Zu Fragen der Prognose: Das therapeutische Zusammenspiel missglückt (Kächele & Hohage, 2020)

„Die beiden Psychotherapeuten und Psychoanalytiker Horst Kächele und Roderich Hohage führen ein spannendes und herausforderndes Gespräch darüber, indem sie zu ergründen versuchen, wie und woran therapeutische Prozesse scheitern“.

<https://www.carl-auer.de/magazin/neuigkeiten/horst-kaechele-and-roderich-hohage-das-therapeutische-zusammenspiel-missglueckt>