

7. Klinisch-psychologische Diagnostik: Allgemeine Gesichtspunkte

Christa Reinecker-Hecht und Urs Baumann

Inhaltsverzeichnis

1. Funktionen der klinisch-psychologischen Diagnostik	100	4.1 Multimodalität: Datenebenen	109
2. Diagnostische Konzepte	102	4.2 Multimodalität: Datenquellen	109
2.1 Diagnostischer Prozeß – Diagnostik als Problemlöseprozeß	102	4.3 Multimodalität: Untersuchungsverfahren ...	110
2.2 Eigenschaftsdiagnostik	102	4.3.1 Systematik der Untersuchungsverfahren ...	110
2.3 Verhaltensdiagnostik	102	4.3.2 Psychologische Tests und andere Formen der Datengewinnung	111
2.3.1 Grundlagen der Verhaltensdiagnostik ...	103	4.3.3 Individualdiagnostik versus Diagnostik interpersoneller Systeme	111
2.3.2 Schemata zur Verhaltensanalyse	104	4.3.4 Datenerfassung im natürlichen Umfeld: Felddiagnostik	112
2.3.3 Bewertung	106	4.4 Multimodalität: Konstrukte	112
2.4 Verknüpfung Eigenschaftsdiagnostik und Verhaltensdiagnostik	107	4.5 Zur Problematik der Multimodalität	113
3. Veränderungsmessung	107	5. Schlußbemerkungen	113
4. Multimodalität als Grundprinzip der Diagnostik	108	6. Literatur	114

1. Funktionen der klinisch-psychologischen Diagnostik

In der Psychologischen Diagnostik werden fächerübergreifende Fragen der Diagnostik bearbeitet (Amelang & Zielinski, 1994; Butcher, Graham, Haynes & Nelson, 1995; Fisseni, 1990; Jäger & Petermann, 1995; Rost, 1996). Aus der Optik einzelner Teildisziplinen der Psychologie ergeben sich aber auch spezifische Probleme. In diesem Beitrag sollen Aspekte der klinisch-psychologischen Diagnostik behandelt werden; dazu werden zuerst die unterschiedlichen Funktionen und Ziele klinisch-psychologischer Diagnostik dargestellt (Überblicksliteratur zur klinisch-psychologischen Diagnostik: Maruish, 1994; Stieglitz & Baumann, 1994b; Goldstein & Hersen, 1991).

Gemäß Perrez (1985; vgl. auch Kanfer & Nay, 1982) können der klinisch-psychologischen Diagnostik folgende Funktionen zugeordnet werden: *Beschreibung, Klassifikation, Erklärung, Prognose, Evaluation*. Diese Funktionen können sich auf Einzelpersonen, aber auch auf interpersonelle Systeme (PartnerIn, Familien, Gruppen, Organisationen) beziehen; sie sind für Forschung und Praxis gültig. Je nach Funktion und Ziel sind unterschiedliche diagnostische Konzepte und Prozesse und nicht zuletzt unterschiedliche Untersuchungsverfahren sinnvoll.

- **Beschreibung:** Beschreibung ist die Ausgangsbasis der übrigen Funktionen (Klassifikation etc.). Es wird das oder die Probleme bzw. die Störung(en) einer Person oder eines interpersonellen Systems in ihrer Art, Ausprägung

usw. erfaßt. Dabei müssen in der klinischen Praxis die Laienaussagen (Beschwerden und Klagen) in spezifische Diagnostik-Fragen übersetzt werden (Kanfer & Nay, 1982). Abhängig von der theoretischen Ausrichtung und den Zielen des Diagnostikers gestalten sich Modus der Erfassung und Beschreibung der Probleme; im störungsbezogenen Teil B dieses Buches (jeweils die Kapitel Klassifikation, Diagnostik) sind für verschiedene Bereiche diagnostische Verfahren angeführt, die der Beschreibung von psychischen Störungen dienen. Zu unterscheiden ist zwischen der Beschreibung des Ist-Zustandes und der Beschreibung der Veränderung; diese erfolgt meist durch Differenzbildung zwischen den Meßzeitpunkten; es ist aber auch die direkte Veränderungsmessung möglich (Bsp. «Ich habe mehr/weniger/gleichviel Kopfweh wie vor drei Wochen»; Stieglitz & Baumann, 1994a).

- **Klassifikation:** Aufbauend auf Patientenbeschreibungen werden im klinischen Bereich meist Zuordnungen zu Klassifikationssystemen getroffen (z.B. ICD-10; DSM-IV; zum Thema Klassifikation s. Kap. 3/Wissenschaftstheorie: Klassifikation; Kap. 6/Klassifikation; Möller, 1994). Diese Zuordnung kann mittels expliziten (z.B. DSM-IV) oder impliziten Zuordnungsregeln (z.B. ICD-10: Version klinisch-diagnostische Leitlinien) erfolgen. Wenn auch im klinischen Sektor unter Klassifikation meist die Patientenanzuordnung zu einer diagnostischen Einheit verstanden wird, ist der Klassifikationsvorgang nicht nur auf diese Variante beschränkt (z.B. Zuordnung zu Intervention). In der Medizin wird Diagnostik oft mit Klassifikation (Diagnosenzuordnung) gleichgesetzt; diese Aufgabe stellt aber nur *eine* Funktion der Diagnostik dar.

- **Erklärung:** Wie Westmeyer im Kapitel zur Wissenschaftstheorie (Kap. 3/Westmeyer) zeigt, gibt es unterschiedliche Erklärungsansätze. Die klinisch-psychologische Diagnostik sucht zur Erklärung psychischer Störungen beizutragen, indem sie die dazu notwendigen Daten so umfassend und präzise wie möglich bereitstellt. Diese Daten können dabei mögliche Erklärungen unterstützen oder ausschließen helfen (zum Thema Erklärung s. auch Kap. 9/Ätiologie, Bedingungsanalyse: methodische Gesichtspunkte).

- **Prognose:** Klinisch-psychologische Diagnostik trägt zur Vorhersage von Verläufen psychischer Störungen bei, wobei es sich um Verläufe mit oder ohne Intervention handeln kann. Die Prognose von Interventionsverläufen beinhaltet Aussagen zur Erfolgswahrscheinlichkeit von Therapien (Perrez, 1985), ein Forschungsgebiet, das auch unter dem Stichwort *Prädiktorforschung* bekannt ist. Den theoretischen Rahmen für die Prädiktion bilden Theorien zur Entstehung, Aufrechterhaltung und Veränderung von psychischen Störungen. Zu berücksichtigende Prädiktorvariablen sind Merkmale von PatientInnen, TherapeutInnen (inkl. Technikvariablen), Situationen (Zeitplan, Settingvariablen) und Interaktionen. Die Diagnostik von Prädiktormerkmalen erfordert daher eine komplexe Forschungsstrategie.

- **Evaluation:** Im klinischen Sektor spielen Bewertungen eine besonders große Rolle und sind für einzelne Interventionen, aber auch Versorgungssysteme vorzunehmen (s. Baumann & Reinecker-Hecht, 1986; s. auch Kap. 20/Methodik der Interventionsforschung). Meist basieren Bewertungen in der Interventionsforschung auf Veränderungsmessungen (Prozeßanalyse). *Indikationsaussagen* (unter Randbedingung X ist Intervention Y sinnvoll) stellen bewertete Veränderungsaussagen dar (vgl.unten: Verlaufskontrolle, Veränderungsmessung).

Während im deutschen Sprachbereich der Begriff Diagnostik verwendet wird, finden wir im englischsprachigen Raum für die klinische Diagnostik häufiger den Begriff *Assessment* bzw. *Behavioral Assessment* (z.B. Kanfer & Nay, 1982; Maruish, 1994). Mit Behavioral Assessment wird die Verhaltensdiagnostik umschrieben.

Wenn dieser auch vergleichbare Ziele wie der allgemeinen klinischen Diagnostik zugeordnet werden können (Beschreibung, Klassifikation, Erklärung, Prognose, Evaluation), so wird bei der Verhaltensdiagnostik stärker die Orientierung am konkreten Verhalten und die Verbindung zur Intervention betont (Reinecker, 1994). Eine interventionsbezogene Diagnostik umfaßt verschiedene Fragestellungen: Zuweisung zu einer diagnostischen Kategorie, Erfassung spezieller Fertigkeiten und Ressourcen, Transformation von vagen Beschwerden in konkrete Fragestellungen, Vorhersage künftiger Verhaltensweisen unter speziellen Bedingungen, Aus-

wahl und Geeignetheit bestimmter Interventionsformen, aktiver Einbezug des Patienten in den diagnostischen Prozeß, Therapieplanung und Effektivitätskontrolle; die Diagnostik kann auch eine Interventionsmethode per se (z.B. Selbstaufzeichnungen) darstellen.

2. Diagnostische Konzepte

2.1 Diagnostischer Prozeß – Diagnostik als Problemlöseprozeß

Das Ziel des diagnostischen Prozesses ist die Beantwortung psychologischer Fragestellungen und das Bereitstellen von Entscheidungsgrundlagen im Rahmen eines *Problemlöseprozesses*. Ein relativ einfaches, aber immer noch gültiges Ablaufschema für den diagnostischen Prozeß erstellte Kaminski (1970; Steller, 1994) mit den folgenden Handlungsschritten: Fragestellung, Datenerhebung, Diagnose, Beratung – Behandlung – Gutachten.

Die für die unterschiedlichen diagnostischen Ziele formulierten Aussagen bzw. Entscheidungen (z.B. Indikationsdiagnostik, also Zuordnung einer Person zu einer bestimmten Behandlung, Auswahl und Selektion einer Person für bestimmte Aufgaben etc.) werden in einem komplexen diagnostischen Prozeß gewonnen (Jäger & Petermann, 1995).

Die Ergebnisse einer diagnostischen Untersuchung haben dabei Hypothesencharakter und sind ohne Rückgriff auf die unterschiedlichen Wissensspeicher wie Fachwissen, Berufserfahrung und persönliche Erfahrung nicht denkbar (Kaminski, 1970).

Andererseits dienen diagnostische Untersuchungen dazu, wissenschaftlich begründete Hypothesen zu überprüfen (Steller, 1994). Einzelfalldiagnostik besteht im wesentlichen «in einem systematischen hypothesengeleiteten Suchprozeß nach Diskrepanzen zwischen verschiedenen Reaktionsebenen oder Verhaltensbereichen» (Steller, 1994, S. 45,46); mögliche Diskrepanzen werden dann einer problembezogenen Interpretation unterzogen.

Bei der klinisch-psychologischen Interventionsdiagnostik haben wir eine ständige Überprüfung und Rückkoppelung von Hypothesen und Interventionsschritten, was einem dyna-

mischen (rekursiven) Problemlöse- und Entscheidungsprozeß (Kanfer & Busemeyer, 1982) entspricht (vgl. auch Abschnitt zur Verlaufsdiagnostik).

Auf die Vielzahl der mit dem diagnostischen Prozeß zusammenhängenden Probleme, die zum größeren Teil für alle diagnostischen Felder von Bedeutung sind, kann in diesem Lehrbuch nicht eingegangen werden (vgl. Amelang & Zielinsky, 1994; Steller, 1994). Dies gilt auch für die Kontroverse *statistische versus klinische Urteilsbildung* (vgl. Wiggins, 1973), die zwei unterschiedliche Wege der diagnostischen Entscheidungsfindung (Diagnose-Stellung) betrifft. Dabei unterscheiden sich die beiden Varianten durch die «Expliziertheit der Regeln sowohl der Datenerhebung als auch der Datenkombination» (Fisseni, 1990, S. 257). Trotz des Begriffes «klinisch» handelt es sich bei dieser Kontroverse nicht um ein spezifisches klinisches Problem (klinisch als Kürzel für intuitiv).

2.2 Eigenschaftsdiagnostik

Die traditionelle Persönlichkeitsdiagnostik stellt eine Eigenschaftsdiagnostik dar. Sie strebt die Vorhersage von Verhalten basierend auf zugrundeliegenden Persönlichkeitseigenschaften (Traits) an, welche das individuelle Verhalten weitgehend bestimmen. Die Annahme von Eigenschaften, die weitgehend zeit- und situationsunabhängig sind, benötigt keine Beobachtung und Messung von Verhalten in verschiedenen Lebenssituationen. Wie die Auseinandersetzung zwischen Mischel und Epstein gezeigt hat, stellen Eigenschaften Kennwerte für das durchschnittliche Verhalten dar; agglutinierte, d.h. über mehrere Tage aufsummierte Werte sind stabil und korrelieren deutlich mit Eigenschaftswerten (Amelang & Bartussek, 1997). Der theoretische Bezugsrahmen der Eigenschaftsdiagnostik findet sich u.a. in den Persönlichkeitsmodellen Cattells und Eysencks; auch im Konzept der «big-five-Faktoren» findet sich die Eigenschaftsdiagnostik. Beim Eigenschaftsansatz werden die Eigenschaften aus den Items des betreffenden Verfahrens, die eine Erlebens- und Verhaltensstichprobe darstellen, erschlossen; eine inhaltliche Interpretation der einzelnen Items wird in der Regel nicht vorgenommen. In Anlehnung an die Konzeption

Pawliks (1976) entspricht die Eigenschaftsdiagnostik weitgehend den Dimensionen Statusdiagnostik, normorientierte Diagnostik, Testen und Diagnostik als Messung. Die Verknüpfung der Testantworten mit den Eigenschaften (Konstrukten) erfolgt meist formalisiert mittels der Faktorenanalyse. Meßtheoretisch werden die meisten Verfahren des Eigenschaftsansatzes durch die klassische Testtheorie fundiert. Bei den Verfahren der Eigenschaftsdiagnostik stehen häufig die formalen Gütekriterien (Itemkennwerte, Objektivität, Reliabilität) im Vordergrund; die Verankerung im Verhalten ist oft nur vage.

Im klinischen Sektor hat der Eigenschaftsansatz vor allem in der Forschung sowie in der Praxis zur Beschreibung und Klassifikation psychischer Merkmale und zur Evaluation von Interventionen große Verbreitung gefunden. Dem gegenüber steht jedoch der geringe Stellenwert dieser Ansätze bei der Realisierung therapeutischer Interventionen im Einzelfall. Um die Nachteile des Eigenschaftsansatzes zu kompensieren, empfiehlt sich eine Kombination mit der im folgenden angeführten Verhaltensdiagnostik (s. Abschnitt 2.3).

2.3 Verhaltensdiagnostik

2.3.1 Grundlagen der Verhaltensdiagnostik

Mit zunehmender Bedeutung der Verhaltenstherapie entwickelte sich auch die Verhaltensdiagnostik, die – ausgehend von einer genauen Analyse des Problems und dessen Auftrittsbedingungen (Verhaltensanalyse) – Hinweise zur Entstehung, Erklärung und Aufrechterhaltung eines Verhaltens sowie zu dessen Änderungsmöglichkeiten anstrebt. Wie in Abschnitt 2.3.3 dargestellt, handelt es sich bei den Konzepten der Verhaltensanalyse um Heuristiken, die vorwiegend nach Kriterien der Brauchbarkeit und weniger nach formalen Gütekriterien bzw. wissenschaftlicher Überprüfung beurteilt werden.

Entsprechend einem klassischen linearen Modell stellten Kanfer und Saslow (1965) die sogenannte «Verhaltensformel» auf, bestehend aus den folgenden Bestimmungsstücken (s. Abb. 1): S für Stimulus-Bedingungen, O für Organis-

musvariable, R für Reaktion, KV für Kontingenzverhältnis bzw. Verstärkungsplan (Beziehung zwischen Reaktion und Konsequenz) und C für Konsequenzen. Die Darbietung einer positiven Konsequenz (positive Verstärkung; C+) oder die Entfernung einer negativen Konsequenz (negative Verstärkung; C-) erhöhen die Auftrittswahrscheinlichkeit eines Verhaltens, während die Entfernung einer positiven Konsequenz (Bestrafung, Löschung; C+) oder die Darbietung einer negativen Konsequenz (Bestrafung; C-) die Auftrittswahrscheinlichkeit des entsprechenden Verhaltens senken.

Die Analyse eines problematischen Verhaltens mittels dieser «Verhaltensformel» wird in Kasten 1 an einem einfachen Beispiel erläutert.

Ein zentraler Bestandteil der verhaltenstherapeutisch orientierten Problemanalyse ist die funktionale Bedingungsanalyse eines Problems, d.h. die Suche nach Bedingungen (Auslöser,

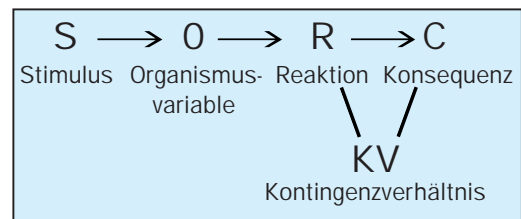


Abbildung 1: Klassische Verhaltensformel der Verhaltensdiagnostik

Kasten 1 Fallbeispiel für klassische Verhaltensformel

Beispiel: Langeweile, Frustration, Einsamkeit (S) führt bei gleichzeitigem Zustand der Überarbeitung und längerem Nicht-Essen (O) zu übermäßigem Nahrungskonsum (R), dies wird gefolgt von unterschiedlichen Konsequenzen (C) wie Wohlbefinden, Ablenkung (C+), Wegfall von Ablenkung (C-) und Wegfall körperlicher Mangelzustände (C-); diese kurzfristigen Konsequenzen folgen meist auf das Problemverhalten (übermäßiger Nahrungskonsum); das heißt, es handelt sich um eine intermittierende Verstärkung, welche ein besonders lösungsresistentes Verhalten bewirkt.

Konsequenzen), die für das Problemverhalten verantwortlich sind.

Als Ergebnis einer funktionalen Analyse wird ein hypothetisches Bedingungsmodell erstellt, das auch eine Grundlage für das konkrete Handeln in der Therapie darstellt. Das Bedingungsmodell enthält Hypothesen über Zusammenhänge von Bedingungen und Verhalten, die auf Beobachtungen und Theorien aufbauen; diese Hypothesen sollten einer wiederholten empirischen Überprüfung unterzogen werden. Das hypothetische Bedingungsmodell kann jedoch – auch durch eine erfolgreiche Therapie – nicht als wahr bestätigt werden (Reinecker, 1994); eine Ausnahme liegt bei einem experimentellen «N=1 Versuchsplan» vor.

Ein entscheidender Aspekt einer funktionalen Analyse ist die Auswahl dessen, was als Problem in den Mittelpunkt der Analyse gestellt wird (Target-selection) und auch welche der unzähligen möglichen Bedingungen tatsächlich als Auslöser bzw. als relevante Konsequenzbedingungen angesehen werden. In die Auswahl des Ansatzpunktes einer Analyse (welches ist das zu verändernde Problem?) fließen naturgemäß normative Aspekte mit ein.

Zur Datenvorhersage wählt die Verhaltensdiagnostik direkte Messungen individueller Reaktionswahrscheinlichkeiten auf verschiedene Lebenssituationen (z.B. durch Fremdbeobachtung in der natürlichen Umgebung, experimentelle Analogien und Simulation durch Rollenspiel, Selbstbeobachtung des Verhaltens in natürlichen Situationen etc.). Dementsprechend stellt ein Testverhalten in der Verhaltensdiagnostik einen Ausschnitt aus dem interessierenden Verhalten dar. Nach Pawlik (1976) handelt es sich bei diesem Ansatz um Prozeßdiagnostik, kriteriumsorientierte Diagnostik, Inventarisieren und Diagnostik als Entscheidungsgrundlage. Einen Überblick über die Grundlagen der Verhaltensdiagnostik geben u. a. Nelson und Hayes (1986) und Haynes und O'Brien (1990).

2.3.2 Schemata zur Verhaltensanalyse

Zum praktischen Vorgehen einer interventionsbezogenen Diagnostik gibt es unterschiedliche Schemata, die sich alle an den Grundfragen von Kanfer und Saslow (1965) orientieren:

- Welche Verhaltensmuster bedürfen einer Änderung? (Zielanalyse)
- Welches sind die Bedingungen, unter denen dieses Verhalten erworben wurde und welche Faktoren halten es momentan aufrecht? (Problemanalyse)
- Welches sind die Möglichkeiten, um die erwünschten Veränderungen zu erzielen? (Therapieplanung)

In einer Weiterentwicklung des wegweisenden Schemas der Verhaltensanalyse von Schulte (1974) schlägt dieser (Schulte, 1996) neben der Problemstrukturierung (mit einer Diagnose nach ICD-10 oder DSM-IV) mehrere Bedingungsanalysen (Störungs-, Motivations- und Beziehungsanalysen) vor, um daraus die Therapieplanung inklusive therapiebegleitender Diagnostik abzuleiten.

Die Analyse eines kritischen Verhaltens kann auf verschiedenen Ebenen erfolgen: *horizontale* -, *vertikale Ebene (Plananalyse)* und *Systemebene*:

(1) *Situative Verhaltensanalyse auf der horizontalen Ebene.* Bei der horizontalen Analyse einer IST-Situation steht die Suche nach funktionalen Zusammenhängen auf der Ebene der vorausgehenden, begleitenden und nachfolgenden Bedingungen im Vordergrund. Das problematische Verhalten («target») wird als Funktion der vorausgehenden und nachfolgenden Bedingungen gesehen: $V = f(\text{vorher/nachher})$

In Abbildung 2 wird deutlich, daß im Gegensatz zu den Anfängen der funktionalen Analyse heute der Schwerpunkt vermehrt auf komplexe Interaktionen zwischen verschiedenen, das (Problem-) Verhalten kontrollierenden Variablen gelegt (Horner, 1994) wird. Anstelle einfacher linearer Modelle finden dynamisch, rekursive Modelle Verwendung wie das in Abbildung 2 dargestellte dynamische Selbstregulationsmodell zeigt (Kanfer, Reinecker & Schmelzer, 1996). Ein Beispiel zu diesem Modell finden wir in Kasten 2.

(2) *Vertikale Verhaltensanalyse, Plananalyse.* In der vertikalen Verhaltensanalyse (Bartling et al., 1992; Caspar & Grawe, 1982) geht es um die Klärung der Frage, welche übergeordneten Pläne, Ziele und davon abgeleiteten Regeln be-

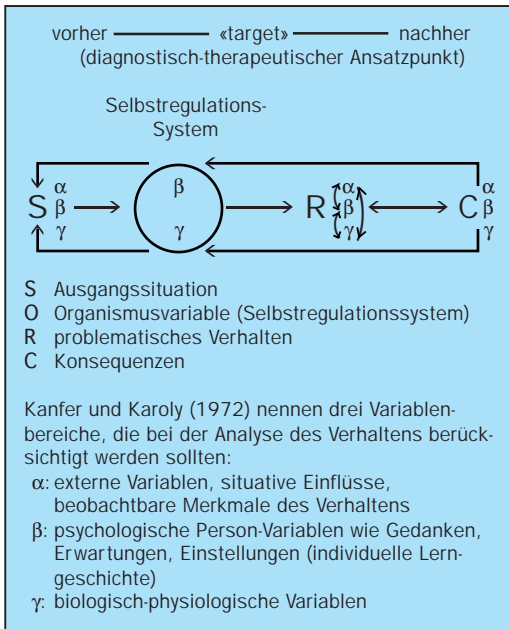


Abbildung 2: Dynamische Selbstregulation – Modell in Anlehnung an Kanfer, Reinecker und Schmelzer (1966) und Reinecker (1997).

stimmte Verhaltensweisen bedingen. Das Verhalten ist dabei eine Funktion der Ziele und Pläne: $V = f(\text{Ziele, Pläne})$.

Die Regeln und Pläne können unterschiedlich abstrakt und miteinander vernetzt sein. Nach Sammlung konkreter Verhaltensweisen wird auf induktivem Weg auf übergeordnete Ziele/Pläne geschlossen (bottom-up); umge-

kehrt kann in deduktiver Weise (top-down) auf der Basis übergeordneter Ziele/Pläne und Regeln ein konkretes Verhalten vorhergesagt werden. Eine Überprüfung am konkreten Verhalten ist dabei immer wieder notwendig.

Der Plan (Plan-Analyse-Konzept: Caspar, 1989) als zentrale Analyse-Einheit ist charakterisiert durch das angestrebte Ziel und die entsprechende Strategie (Mittel) zur Zielerreichung. Im Gegensatz zur horizontalen Verhaltens-Analyse finden längerfristige Motivation, situationsübergreifende Lernprozesse und übergeordnete Ziele Berücksichtigung. Die Erstellung einer Planstruktur dient der Erfassung und der Beurteilung von Zielen, Regeln/Plänen und entsprechenden Verhaltensweisen, ihrer Stimmigkeit, Funktionalität, Rationalität etc. In **Abbildung 3** ist ein vereinfachtes Beispiel dargestellt.

Als Schnittstelle zwischen horizontaler und vertikaler Verhaltensebene ist die Personvariable (Kanfer, Reinecker & Schmelzer, 1996) bzw. das Selbstregulationssystem als Erweiterung und Präzisierung der ehemaligen O-Variable (Reinecker, 1997) anzusehen.

(3) *Analyse von Systembedingungen*. In der Analyse der Systembedingungen (Bartling et al., 1992) stehen Fragen zur Struktur und Dynamik von Systemen, die Identifikation problem- und systemstabilisierender Regeln, Regelkonflikte aufgrund Zugehörigkeit zu verschiedenen Normensystemen oder Konsequenzen der Strukturdiagnostik für weitere Therapieentscheidungen

Kasten 2

Fallbeispiel für dynamisches Selbstregulations-Modell

Beispiel: Eine (eßgestörte) Klientin kommt nach einem Arbeitstag nach Hause (S_α), sie hat unterwegs Diät gehalten (S_γ), ist nun müde und hat einen niedrigen Blutzuckerspiegel (O_γ): ihre Gedanken kreisen um einen einsamen Abend, daß sie heute nicht wieder «entgleisen» will, aber daß doch im Kühlschrank noch Essen sein müsste (O_β). Die Klientin ißt beim offenen Kühlschrank (R_α), will sich zumindestens etwas gönnen (R_β); sie verspürt keinerlei Sättigungsgefühl (R_γ), erlebt vielmehr totalen Kontrollverlust (R_β). Nach Beendigung der «Freßattacke» fühlt sich die Klientin

schlecht durch übervollen Magen (C_{γ^-}), erlebt massive Schuld- und Versagensgefühle (C_{β^-}), schläft aber auf Grund von Erschöpfung bald ein (C_{γ^-}). Die Selbstvorwürfe (S_β) am nächsten Tag führen zu noch strengerer Diät (S_γ), welche aber dann wiederum von Fressattacken (R_α) zunichte gemacht wird und die Klientin zu immer stärkerer Selbstabwertung veranlaßt (C_{β^-}) und in Zusammenhang mit einer Irritation des Stoffwechsels und von Hunger- und Sättigungsregulation (C_γ), sowie Verstärkungsmechanismen das Problemverhalten aufrecht erhält.

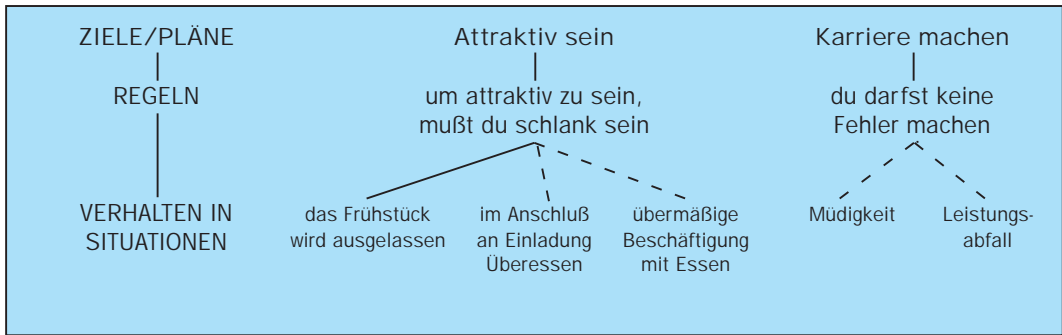


Abbildung 3: Vertikale Verhaltensanalyse (...: Verhalten, das schlecht mit den Regeln/Zielen vereinbar ist)

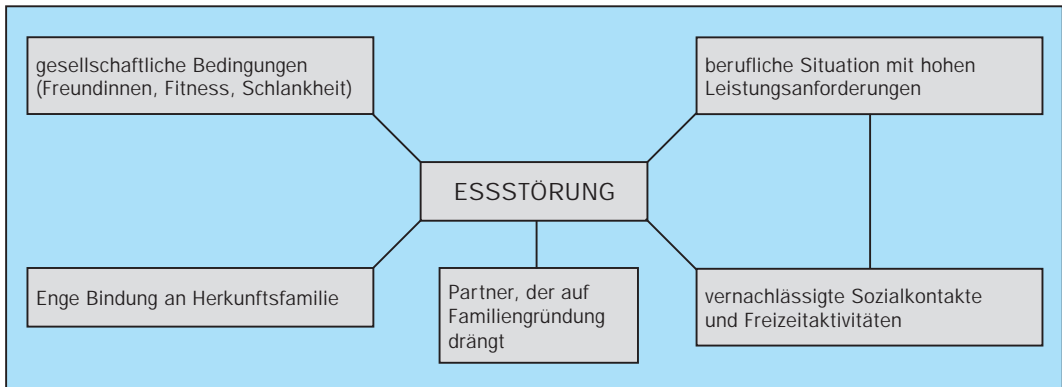


Abbildung 4: Systemmodell

im Vordergrund (Kanfer, Reinecker & Schmelzer, 1996). Das Verhalten ist dabei eine indirekte Funktion der Systembedingungen (s. Abb. 4).

Systemdiagnostik soll unter anderem auch Orientierungshilfen zur Erfassung von Systemen in Familien-, Paar- und Einzeltherapie bieten. Eine mehrdimensionale Makro- bzw. Systemanalyse ist notwendig, um der Komplexität menschlichen Verhaltens, das in gegenseitiger Wechselwirkung zu einem vielschichtigen System steht, Rechnung zu tragen (Karoly, 1993); man sollte dabei jedoch einen mittleren Auflösungsgrad wählen, damit die Modelle einerseits möglichst umfassend und andererseits praktisch handhabbar sind.

2.3.3 Bewertung

Nach Horner (1994) sind unterschiedliche Strategien der funktionalen Analyse je nach Fragestellung, Anforderungen und Möglichkeiten

einzusetzen. Sie sollten aber in jedem Fall bestimmte Standards erfüllen wie Operationalisierung des Problemverhaltens, Identifikation von Auslösebedingungen, Hypothesen über aufrechterhaltende Konsequenzbedingungen und direkte Verhaltensbeobachtungen, um Hinweise auf die prinzipielle Bedeutung verhaltenssteuernder Bedingungen zu erhalten.

Leitfäden (Schemata) der Verhaltensanalyse (Schulte, 1974, 1996; Bartling et al., 1992; Kanfer, Reinecker & Schmelzer, 1996) sind als Heuristiken und zur Orientierung für das diagnostische Vorgehen anzusehen. Als Bewertungskriterium ist vor allem die Brauchbarkeit im diagnostisch-therapeutischen Prozeß zu sehen (treatment utility); vorwiegend pragmatische Erwägungen des Diagnostikers führen dazu, das eine oder andere Schema zu bevorzugen (Hayes, Nelson & Jarrett, 1987).

Obwohl die Verhaltensanalyse ein zentrales Element der Verhaltenstherapie darstellt, hat sich die umfangreiche verhaltenstherapeutische Forschung vornehmlich mit der Evalua-

tion therapeutischer Methoden bei unterschiedlichsten Fragestellungen beschäftigt. Der direkten Evaluation der Diagnostik wurde bedeutend weniger Beachtung geschenkt (vgl. Hayes & Follette, 1992). Neuere Arbeiten zum funktionalen Ansatz für Diagnose und Therapie und zum Stellenwert der Verhaltensanalyse lassen jedoch interessante Weiterentwicklungen erwarten (Caspar, 1996b; Hayes et al., 1996; Fiedler, 1997; Schulte, 1993; Verhaltenstherapie und Verhaltensmedizin, 1997).

2.4 Verknüpfung Eigenschaftsdiagnostik und Verhaltensdiagnostik

Eine strikte Gegenüberstellung von Eigenschafts- und Verhaltensdiagnostik ist seit langem nicht mehr haltbar (Westmeyer, 1994; Williams & Thompson, 1993); die Dichotomie Eigenschaftsansatz versus Situationismus ist in der Persönlichkeitsforschung im Interaktionismus aufgelöst worden. Klinisch-psychologische Diagnostik muß sich daher an einem interaktiven Persönlichkeitsmodell orientieren, will sie ausreichend differenziert sein. Von daher sind die Ansätze der Eigenschafts- und Verhaltensdiagnostik miteinander zu kombinieren. Als Repräsentanten der Eigenschaftsdiagnostik sind neben den klassischen Tests vor allem die Diagnosesysteme mit ihren Untersuchungsverfahren (Margraf & Schneider, 1996; s. Kap. 6/Klassifikation) zu nennen; dabei sind konzeptuell Diagnosesysteme dem Eigenschaftsansatz und nicht der Verhaltensdiagnostik zuzuordnen. Nach Schulte (1993) kann der Rückgriff auf klinische Diagnosen die Objektivität und Reliabilität der Verhaltensanalyse erhöhen. Der Prozeß der Hypothesenbildung wird wesentlich erleichtert, wenn aufgrund der Diagnosen auf gut ausgearbeitete und empirisch abgesicherte Störungstheorien (z.B. Angststörungen) zurückgegriffen werden kann; ebenso wird die Auswahl der Behandlungsstrategie durch die Verbindung von Diagnosen mit Standardtherapien erleichtert (Fiedler, 1997).

Die Verhaltensanalyse dient der prinzipiellen Hypothesenprüfung im individuellen Fall sowie der individuellen Anpassung der störungsspezifischen Therapie. Für eine indikationsorientierte Diagnostik ist eine Verknüpfung

nosologischer Diagnostik und auf Störungstheorien aufgebaute Problemanalyse (Fiedler, 1997), die eingebettet sein muß in einen größeren diagnostischen Kontext, am sinnvollsten (Caspar, 1996a; Kanfer, Reinecker & Schmelzer, 1996). Ein derartiges Konzept wurde von Schulte (1993, 1996) mit dem integrierten präskriptiven Modell der Problemanalyse vorgelegt.

3. Veränderungsmessung

Unabhängig von den diagnostischen Konzepten sind Fragen der Erfassung von Veränderungen von großer Bedeutung für die klinisch-psychologische Diagnostik (Gottman & Rushe, 1993). Bezüglich der Veränderungsmessung (oft auch Prozessdiagnostik genannt) lassen sich gem. Stieglitz und Baumann (1994a) folgende Problembereiche unterscheiden: Allgemeine Rahmenbedingungen, meßtheoretische Fragen und Erhebungstechnologie.

Die Beurteilung von Veränderung ist von *allgemeinen Rahmenbedingungen* abhängig. Zu nennen sind vor allem Gedächtnisprozesse, die nicht nur bei der Veränderungsmessung, sondern auch bei einmaliger Datenerfassung von Bedeutung sind, da meist eine Beurteilung von Zeiträumen verlangt wird. Diese Beurteilung stellt vielfach die Basis für eine Veränderungsberechnung dar, sofern nicht eine direkte Veränderungserfassung angestrebt wird (s. unten). Gerade bei verschiedenen psychischen Störungen haben wir aber Gedächtnisbeeinträchtigungen, so daß bei Selbstbeurteilungen entsprechende Fehlervarianz einfließen kann. Im weiteren können sich bei der Veränderungsmessung die Beurteilungskriterien verändern, indem den Urteilskategorien zu unterschiedlichen Zeitpunkten unterschiedliches Gewicht beigemessen wird (z.B. gleiche Beschwerdenausprägung wird bei Therapieanfang als leicht, bei Therapieende als «mittel» erlebt). Neben Skalenschiebungen innerhalb eines Symptombereiches sind aber auch Verschiebungen in der Gewichtung einzelner Symptombereiche möglich, d.h. zu Beginn einer Therapie sind die Zielpreferenzen anders als nach drei Monaten Therapie. Die herkömmliche Veränderungserfassung läßt derartige Einflußgrößen unter die Fehlervarianz subsumieren. Wünschenswert wären Verfahren, die diese Varianz inhaltlich berücksichtigen.

Veränderungsmessung erfolgt meist mittels Verfahren, die auf der klassischen Testtheorie basieren. Wie verschiedentlich betont wurde (z.B. Rost, 1996), ist die klassische Testtheorie keine adäquate *Meßtheorie* für die Veränderungsmessung, da nach Rost (1996) vor allem folgende Punkte nicht befriedigend gelöst sind: Reliabilität von Differenzwerten, Korrelation von Ausgangswert und Differenzwert und Konstrukt Konstanz über die Zeit (erfaßt der Test zu allen Zeitpunkten identisches Konstrukt?). Meist werden bei der klassischen Testtheorie die Testkennwerte (Trennschärfe, Konsistenz, Faktorenanalyse etc.) nur für *einen* Zeitpunkt berechnet, auch wenn das Verfahren zur Veränderungsmessung herangezogen werden soll. Notwendig wären aber Analysen für verschiedene Zeitpunkte, wobei die Wahl der Zeitabstände vom potentiellen Einsatzfeld abhängt. Trotz der berechtigten Einwände stellen aber die mit der klassischen Testtheorie entwickelten Verfahren weiterhin den Hauptanteil bei der Veränderungserfassung. Letztlich werden die meßtheoretischen Bedenken durch technologische Argumente erwidert, indem auf die Nützlichkeit und Brauchbarkeit der Ergebnisse verwiesen wird. Konzeptuell bieten probabilistische Ansätze (Rost, 1996) stringenteren Lösungen für die Veränderungsmessung an, doch haben diese bisher kaum Anwendung im klinischen Sektor gefunden.

Bezüglich der *Erhebungstechnologie* können nach Seidenstücker und Baumann (1978) vier verschiedene Formen der Veränderungserfassung unterschieden werden:

(1) *Indirekte* Veränderungsmessung: Bildung von Differenzen zwischen Statusbeurteilungen. Diese Form stellt die häufigste Variante dar, beinhaltet aber die oben angesprochenen meßtheoretischen Probleme der klassischen Testtheorie.

(2) *Direkte* Veränderungsmessung: direkte Einschätzung von Veränderungen bei einem Meßpunkt, indem zu einem Bezugspunkt Komparativaussagen – besser, schlechter, häufiger etc. – getroffen werden. Dieser Ansatz ist nur für eine Zweipunkterhebung möglich. Direkte und indirekte Veränderungsmessung führen zu unterschiedlichen Ergebnissen (Stieglitz & Baumann, 1994a).

(3) Beurteilung von *Therapiezielverwirklichung*: es sollen die Veränderungen von einem Ausgangszustand (Therapiebeginn) in einen Zielzustand (Therapieende) festgestellt werden. Am bekanntesten ist das *Goal Attainment Scaling* (Kirusek, Smith & Cordillo, 1968), bei dem eine Matrix erstellt wird, die aus Zielbereichen und Zielzuständen besteht.

(4) *Beurteilung* des (psychopathologischen) Status nach einem Zeitintervall bezüglich des *Normbereiches*: Feststellung, ob therapeutische Veränderungen innerhalb oder außerhalb des jeweiligen Normbereiches liegen. Zum Beispiel kann eine Patientin in einer Depressionsskala zu Therapiebeginn eine sehr schwere Ausprägung aufweisen, nach Therapieende haben sich aber ihre Werte normalisiert (Veränderung von «schwerer Ausprägung» hin zu «Normalbereich»).

Berücksichtigt man zusätzlich, daß Veränderungsmessung in der Klinischen Psychologie meistens multimodal (s. nächster Abschnitt) zu erfolgen hat, so wird deutlich, daß die exakte Erfassung von Veränderungen mit diversen Problemen behaftet ist, so daß ein umfassendes methodisches und inhaltliches Wissen für die Realisierung von Veränderungsmessung notwendig ist.

4. Multimodalität als Grundprinzip der Diagnostik

Eine zentrale Grundannahme der klinisch-psychologischen Diagnostik stellt das Prinzip der Multimodalität dar (Seidenstücker & Baumann, 1978); dieses Prinzip wird in den unterschiedlichsten diagnostischen Konzepten akzeptiert. Multimodalität bedeutet, daß anstelle des univariaten Zuganges ein multivariates Vorgehen gewählt wird, bei dem jeweils innerhalb einzelner Kategorien variiert wird. Folgende Kategorien sind zu unterscheiden:

- Datenebenen (Grundkategorien organismer Merkmale)
- Datenquellen (InformationsgeberIn)
- Untersuchungsverfahren

- Konstrukte/Funktionsbereiche (Einheiten innerhalb einzelner Datenebenen bzw. über einzelne Datenebenen hinweg).

Fisseni (1990) versteht unter multimodaler bzw. multimethodaler Diagnostik eine Integration von aus verschiedenen Methoden gewonnenen Informationen, wobei es darauf ankommt, daß der Diagnostiker über bestimmte Grundkenntnisse der Diagnostik verfügt, mit den Einzelverfahren vertraut ist und es beherrscht, die Ergebnisse in ein diagnostisches Urteil zu integrieren und auch unterschiedliche Aspekte der komplexen diagnostischen Situation einfließen zu lassen (simultane Verwendung eines Tests in der Verhaltensbeobachtung).

Im folgenden können zu den Kategorien nur einige globale Hinweise gegeben werden; Details sind der entsprechenden Spezialliteratur zu entnehmen.

4.1 Multimodalität: Datenebenen

Zur Erfassung menschlichen Erlebens und Verhaltens werden meist folgende Datenebenen unterschieden:

- *biologische/somatische Ebene*: oft unterteilt in biochemische, neurophysiologische, psychophysiologische Ebene; im Vordergrund stehen körperliche Vorgänge, die physikalisch oder chemisch erfaßbar sind;
- *psychische/psychologische Ebene*: Akzentuierung auf individuellem Erleben und Verhalten (inkl. Leistung);
- *soziale Ebene*: Akzentuierung auf interindividuellen Systemen (soziale Rahmenbedingungen);
- *ökologische Ebene*: beinhaltet materielle Rahmenbedingungen.

Die einzelnen Datenebenen stellen Brennpunkte mit spezifischen Konsequenzen für Forschung und Praxis dar. Durch Begriffe wie Neuropsychologie, Psychoimmunologie, Psychosomatik, etc. wird betont, daß die einzelnen Datenebenen keine abgeschlossenen Bereiche darstellen, sondern miteinander verknüpft sind. Die Verabsolutierung einzelner Datenebenen führt zu Verkürzungen in der Betrachtung des Menschen; es kann auch nicht das

Ziel der Forschung sein, Aussagen der verschiedenen Datenebenen auf einer einzigen Datenebene zu vereinen.

In verhaltensorientierten Ansätzen wird die Beschreibung und Erfassung von Verhalten vielfach auf drei Ebenen konzipiert: motorisch-beobachtbare bzw. Verhaltensebene, subjektiv-kognitive Ebene und somatisch-psychophysiologische Ebene (Lang, 1971). Lazarus (1973) unterscheidet in seiner multimodalen Verhaltenstherapie die Ebenen Verhalten (behavior), Affekt (affect), Empfindung (sensation), Vorstellung (imagery), Kognition (cognition), soziale Beziehungen (interpersonal) und Medikamente (drugs) – kurz BASIC-ID genannt.

4.2 Multimodalität: Datenquellen

Neben den Datenebenen sind auch die Datenquellen zu variieren. Zu unterscheiden sind als InformationsgeberIn:

- die *befragte Person selbst*, die eine Selbstbeobachtung in Form von Selbstbeurteilungen (z.B. bezüglich Stimmung) oder Selbstregistrierungen des Verhaltens (z.B. Zigarettenkonsum) abgibt.
- *andere Personen* (Bezugspersonen, geschulte BeurteilerInnen, TherapeutInnen etc.), die eine Fremdbeobachtung in Form von Fremdbeurteilung bzw. Verhaltensbeobachtung vornehmen. Auch institutionell anfallende Daten (z.B. Zahl der Krankenhaustage) werden von anderen Personen festgehalten, so daß sie der Fremdbeobachtung zugeordnet werden können.
- *apparative Verfahren, Verfahren der Leistungs- und Intelligenzdiagnostik mittels Papier/Bleistift* erbringen Funktions- und Leistungskennwerte, die die Zielperson generiert; sie stellen aber keine Form der Selbstbeobachtung, sondern eine eigene Datenquelle dar. Vielfach erfolgt heute die Erfassung entsprechender Kennwerte mittels Computerunterstützung (bezüglich Aufgabenpräsentation, Datenregistrierung, -aufbereitung und -auswertung). Zu den apparativen Verfahren gehören auch die physiologischen Verfahren wie EEG, EKG etc.

In der klinisch-psychologischen Diagnostik hat vor allem die Relation Selbst-Fremdbeobachtung immer wieder großes Interesse gefunden, da Selbst- und Fremdbeurteilungsverfahren (in Form von Ratings) häufig angewandt werden. Für eine Überprüfung der Relation zwischen den beiden Datenquellen ist zu berücksichtigen, daß Selbst- und Fremdbeurteilungsverfahren häufig nicht völlig unterschiedliche Verfahrensgruppen darstellen, da Einstufungen in Fremdbeurteilungsskalen zum Teil auf Selbstaussagen der PatientInnen beruhen. Besonders detailliert erforscht ist die Relation zwischen Selbst/Fremd in der Depressionsdiagnostik, aber auch in der Psychotherapieforschung. Paykel und Norton (1986) stellen in ihrem Literaturüberblick zur Depressionsdiagnostik fest, daß Selbst- und Fremdbeurteilungen in der Regel mit $r = .4$ bis $r = .6$ korrelieren; bei inhaltlich stärker übereinstimmenden Verfahren werden höhere Korrelationen berichtet. Mangelnde maximale Übereinstimmung ist nicht nur auf Meßungenauigkeiten zurückzuführen. Vielmehr ist zu berücksichtigen, daß Selbst- und Fremdbeurteilung grundsätzlich unterschiedliche Beurteilungen mit unterschiedlichen Aussagebereichen darstellen. Die Fremdbeurteilung kann daher nicht als richtiger bzw. objektiver als die Selbstbeurteilung angesehen werden; Fremd- und Selbstbeurteilung haben beide gleiche wissenschaftstheoretische Dignität.

4.3 Multimodalität: Untersuchungsverfahren

Für die einzelnen Datenebenen stehen jeweils unterschiedliche Untersuchungsverfahren zur Verfügung. Auf die Verfahren der biologischen Ebene kann hier nicht näher eingegangen werden, da dies den Rahmen sprengen würde. Bezüglich der ökologischen Datenebene liegen bisher keine Verfahren vor, die in ihrer Elaboriertheit mit den psychologischen Testverfahren vergleichbar wären. Im folgenden sollen daher einige allgemeine Gesichtspunkte zu den Verfahren der psychischen und der sozialen Datenebene angesprochen werden. Es liegen – wie die Ausführungen in Teil B dieses Bandes zeigen – eine Vielzahl an Untersuchungsverfahren vor. Es ist hier nicht möglich, die Vielzahl an Verfahren, die für den klinischen Bereich

wichtig sind, systematisch abzuhandeln; es sei daher auf Überblicksliteratur verwiesen (AMDP & CIPS, 1990; CIPS, 1996; Kubinger, 1997; Maruish, 1994; Schneider & Margraf, 1996; Ogles, Lambert & Masters, 1996; Schutte & Malouff, 1995; Stieglitz & Baumann 1994b; Westhoff, 1993).

4.3.1 Systematik der Untersuchungsverfahren

Zur Systematisierung der Untersuchungsverfahren wurden verschiedenste Taxonomien vorgeschlagen. So hat z.B. Cattell für seine Persönlichkeitstheorie drei Datenarten unterschieden (Amelang & Bartussek, 1990): L (Life; Verhaltensdaten und Daten aus dem Lebenslauf), Q (Questionnaire; Selbstbeurteilungsdaten) und T (Test; objektive Test, d.h. Untersuchungsziel ist für ProbandIn nicht durchschaubar). In Erweiterung von Baumann und Stieglitz (1994) kann man vor allem folgende Verfahrensgruppen unterscheiden:

- Selbstbeobachtung in Form von Selbstbeurteilungs-Fragebögen.
- Fremdbeobachtung in Form von Fremdbeurteilungs-Verfahren (zum Teil (Fremd)-Ratings genannt), bei denen meist die Einstufungen von Konstrukten wie z.B. Konzentration, Depressivität etc. gefordert wird.
- Fremdbeobachtung in Form von Verhaltensbeobachtung (Registrierung von Verhaltensdaten mittels Häufigkeiten).
- Interview.
- Verfahren der Leistungsdiagnostik (zum Teil auch apparative Verfahren genannt).
- Verfahren der Felddiagnostik (insbesondere computerunterstützte Verfahren), die meist als Selbstbeobachtung, vereinzelt aber auch als Fremdbeobachtung benutzt werden (s. Abschnitt 4.3.4).
- Projektive Verfahren.
- Inhaltsanalytische Verfahren, bei denen Texte (direkt entstanden oder transskribiert) ausgewertet werden.

Eine für den klinischen Sektor wichtige Unterscheidung der Verfahren ist aufgrund entscheidungstheoretischer Gesichtspunkte zu treffen. Wir können Breitband- und Schmalbandver-

fahren unterscheiden, wobei erstere viel Information mit geringerer Genauigkeit, letztere wenig Information mit viel Genauigkeit erfassen. Gerade im klinischen Sektor benötigt man häufig Breitbandverfahren (z.B. Interview), um einen Überblick über eine Person zu erhalten (Michel & Mai, 1968). Der Nutzen eines Verfahrens ist daher nicht nur von den formalen Gütekriterien her zu bestimmen, sondern komplexer zu sehen (vgl. Amelang & Zielinski, 1994).

4.3.2 Psychologische Tests und andere Formen der Datengewinnung

Um zu einem diagnostischen Urteil zu kommen, gibt es unterschiedliche methodische Wege der Datengewinnung. Besonders stringent sind Verfahren, die als *psychologische Tests* bezeichnet werden. Tests sind u.a. wie folgt charakterisiert (Jäger & Petermann, 1995):

- Standardisierung (d.h. vorgegebene Regeln) bezüglich Durchführung, Auswertung, Interpretation;
- Gewinnung von Verhaltensstichprobe und Schluß auf Eigenschaft;
- Quantifizierung (Messung der Merkmale);
- Vorlage von Gütekriterien wie Objektivität, Reliabilität, Validität, Normen etc.; vielfach werden zusätzliche Kriterien gefordert (vgl. Testkuratorium, 1986).

Psychologische Tests können in Form von Selbst- oder Fremdbeurteilung (Ratings), als projektive Verfahren oder als Verfahren der Leistungsdiagnostik vorliegen. Die Qualifizierung von Verfahren als Test erfolgt bisher nicht kategorial (ja/nein), da Verfahren vielfach in unterschiedlichem Ausmaß die Kriterien eines Tests erfüllen; Überlegungen bezüglich der Qualitätssicherung mittels DIN-Normen, die zu kategorialen Beurteilungen führen würden, sind in Gange.

Wenn auch die psychologischen Tests die stringentesten Verfahren darstellen, so stellt das *diagnostische Gespräch (Interview)* in der Praxis das häufigste Verfahren dar (Hersen & Turner, 1994; Kanfer, 1985; Wittchen & Unland, 1991). Zum einen dient das diagnostische Gespräch der Datenerhebung bei den Fremdbeurteilungsverfahren in Testform; besonders wichtig ha-

ben sich Interviews für die Erstellung von ICD- und DSM-Diagnosen erwiesen (vgl. Kap. 6/Klassifikation). Vielfach wird aber das Gespräch ohne explizite Fremdbeurteilung als Basis für klinische Entscheidungen benutzt. Das diagnostische Gespräch dient jedoch nicht nur der Informationserhebung, sondern erfüllt gleichzeitig Funktionen beratender oder therapeutischer Art. Besonders wichtig für den Diagnostiker sind unterschiedliche, zum Teil interaktionelle Beeinflussungen, sowohl des Interview- als auch des Antwortverhaltens. Modelle der Informationsverarbeitung, kognitive Theorien, Lerntheorien und sozialpsychologische Befunde geben u.a. Hinweise auf die vielfältigen Faktoren, die diese – meist dyadisch gestaltete – Gesprächssituation beeinflussen (Lilly & Frey, 1993). Von besonderer Bedeutung ist das Interview in der Eingangsphase von klinischen Interventionen, da dadurch erste Daten zur Störung, aber auch zur *Anamnese* gewonnen werden (zu Anamneseschematas: Kessler, 1994).

Eine weitere Informationsquelle stellt das Verhalten der PatientInnen dar, das in der *Verhaltensbeobachtung* (Faßnacht, 1995) systematisiert wird. Beobachtet wird das Spontanverhalten, aber auch das Verhalten unter experimentellen Bedingungen (z.B. Rollenspiel) oder in der Realität (z.B. Reizkonfrontation in vivo). Durch die Hinzunahme von Aufzeichnungstechniken (z.B. Videotechnik) ergibt sich eine Fülle von diagnostischen Informationen. Wenn auch Verhaltensbeobachtungen vielfach den Stellenwert von ad-hoc Verfahren ohne spezielle Gütekriterien haben, so finden wir in neuerer Zeit einzelne Ansätze mit einem relativ hohen methodischen Standard, der die Verfahren vergleichbar mit herkömmlichen Tests macht (Wallbott, 1994).

4.3.3 Individualdiagnostik versus Diagnostik interpersoneller Systeme

Neben der methodischen Systematisierung der diagnostischen Verfahren können die Verfahren auch klassifiziert werden, inwieweit sie für die Diagnostik von *Einzelpersonen oder von interpersonellen Systemen* geeignet sind. Die meisten Untersuchungsverfahren, insbesondere psychologische Tests, sind für die Individualdiagnostik

konzipiert. Eine weitere Gruppe von Verfahren erfaßt interindividuelle Systeme aus der Sicht des Einzelnen («egozentrierter Ansatz»). So kann z.B. das Soziale Netzwerk einer Person aus der Sicht der betreffenden Person erfaßt werden (Baumann & Laireiter, 1995), ohne daß man – wie im Soziogramm – alle Personen systematisch erfaßt. Vergleichbare Ansätze gibt es für Paar- und Familienbeziehungen (Cierpka, 1996; Hank, Hahlweg & Klann, 1990). Nur ein kleiner Teil der Verfahren ist tatsächlich systemisch konzipiert, d.h. daß alle Elemente des Systems in ihrer gegenseitigen Relation diagnostisch erfaßt werden (z.B. gemeinsames Problemlösen innerhalb einer Familie; Cierpka, 1996); vielfach sind diese Verfahren mit Ratingsystemen oder Verhaltensbeobachtung gekoppelt.

4.3.4 Datenerfassung im natürlichen Umfeld: Felddiagnostik

Die herkömmliche diagnostische Datenerfassung, wie sie vor allem durch einen Test repräsentiert ist, ist in der Regel einem Experiment vergleichbar, bei dem die Untersuchungssituation, das zu erfassende Verhalten und die Darbietung der Stimuli künstlich sind (Perrez, 1994). In der Verhaltenstherapie hat man seit langem versucht, auch aus dem Alltag mittels *Tagebüchern* Daten zu gewinnen. Erst in neuerer Zeit hat diese Form der Datengewinnung durch die Heranziehung von Kleincomputern (Notebook) neue Impulse erhalten und damit auch für die Diagnostik neue Wege eröffnet (Fahrenberg & Myrtek, 1996). Mit diesem Ansatz können im Alltag – in Form von Zeit- oder Ereignisstichproben – unterschiedlichste Merkmale (Stimmung, Bewältigung, Belastung, Kontakte etc.) in Form von Selbstregistrierung oder – in begrenztem Umfang – in Form der Fremdregistrierung erhoben werden. Die bisherigen Ergebnisse lassen diesen Ansatz für sehr zukunftsreich erscheinen, da komplexe Funktionsmuster direkt registriert werden können und damit Verzerrungseffekte (Gedächtnis, Verarbeitung etc.) bedeutend geringer als bei den üblichen Fragebögen sind. Nicht zu übersehen sind allerdings reaktive Effekte dieser Methode (manchmal therapeutisch erwünscht und genützt). Die Selbstregistrierung mittels Klein-

computer im Alltag setzt ein Mindestmaß an intakten Funktionen voraus, da sonst keine zuverlässige Gerätebedienung gewährleistet ist.

4.4 Multimodalität: Konstrukte

Multimodalität bedeutet nicht zuletzt auch eine Variation bezüglich der Konstrukte. Insbesondere in der Therapieforschung hat es sich als unabdingbar erwiesen, die Wirksamkeit komplex zu erfassen. Damit sollen nicht nur die erwünschten Wirkungen bezüglich der Zielsymptomatik, sondern auch evtl. auftretende unerwünschte Wirkungen («Nebenwirkungen») identifiziert werden. Für die klinische Diagnostik liegen keine anerkannten Konstrukttaxonomien vor, so daß im Einzelfall die sinnvolle Konstruktauswahl durch den aktuellen Forschungsstand bestimmt wird. Daher werden in der klinischen Diagnostik eine Vielzahl unterschiedlichster Konstrukte verwendet. Ein Spezifikum der klinischen Diagnostik ist aber, daß neben den üblichen Konstrukten (z.B. Neurotizismus, Internale Kontrolle, Depressivität) auch komplexe Globalkonstrukte verwendet werden (vgl. Laireiter, Baumann & Stieglitz, 1994). Diese Globalkonstrukte (z.B. Soziale Anpassung, Soziale Ressourcen, Soziale Integration) suchen primär Angaben zur sozialen Datenebene zu machen, so daß sie vielfach auch *Sozialkonstrukte* genannt werden. Kern der Instrumente sind meist Angaben zum Sozialen Netzwerk bzw. zur Sozialen Unterstützung (Baumann & Laireiter, 1995). Neben der sozialen Datenebene fließen häufig auch Indikatoren der psychischen (z.B. Bewältigung), der biologischen (z.B. Gesundheitszustand) und der ökologischen (z.B. Wohnqualität) Datenebene mit ein, so daß es sich um multidimensionale Konstrukte handelt. Diese Sozialkonstrukte suchen diejenigen Merkmale in einem Konzept und Untersuchungsverfahren zu subsumieren, die das Erkrankungs- bzw. Rückfallrisiko reduzieren (protektive Faktoren) oder erhöhen (vulnerabilisierende Faktoren; s. Kap. 9/Ätiologie, Bedingungsanalyse: methodische Gesichtspunkte). Neben der Funktion als unabhängige Variablen (Soziale Ressourcen als Risikominderung für Erkrankung) werden diese Konzepte auch als abhängige Variable verwendet (z.B. Soziale Anpassung als Folge von Erkrankung).

In neuerer Zeit hat vor allem in der somatischen Medizin ein weiteres Globalkonstrukt Beachtung gefunden, nämlich das Konzept der *Lebensqualität*. Darunter wird nach Bullinger (1996, S. 16) ein mehrdimensionales Konstrukt verstanden, das «die körperlichen, mentalen, sozialen, psychischen und funktionalen Aspekte des Befindens und der Funktionsfähigkeit der Patienten aus ihrer eigenen Sicht beschreibt». Wie Bullinger (1996) und Stieglitz (1996) zeigen, gibt es zu diesem Konstrukt eine Vielzahl an Untersuchungsverfahren, die vielfach in Form von Selbst-, zum Teil aber auch in Form von Fremdbeurteilung angewandt werden. Zusammenfassend ist zu sagen, daß die Sozialkonstrukte und das Konzept der Lebensqualität klinisch sinnvolle Konstrukte darstellen, die gerade für die Praxis sehr bedeutsam sind. Die Konstruktpräzisierung durch Analyse der Einzelkomponenten, der Relation zu verwandten Konstrukten, aber auch die methodische Fundierung sind häufig nicht zufriedenstellend gelöst, so daß diesbezüglich weitere Forschungsaktivitäten notwendig sind.

4.5 Zur Problematik der Multimodalität

Multimodalität ist ein allgemeines Rahmenkonzept, das für die konkrete Untersuchung die Auswahl der Untersuchungsverfahren nicht bis ins einzelne spezifiziert. Bei der Wahl der Untersuchungsverfahren kommen neben den herkömmlichen Gütekriterien wie Objektivität, Reliabilität und Validität weitere Kriterien hinzu, wie z.B. Durchführungsaspekt, Nützlichkeit, Kosten-Effizienz-Überlegungen, Sensitivität, soziale und ethische Akzeptiertheit, Zumutbarkeit, Irrtumsmöglichkeiten u.a.m. (vgl. Testkuratorium, 1986). Unter Berücksichtigung dieser Vielzahl an Randbedingungen sind die konkreten Untersuchungsverfahren auszuwählen. Multimodales Vorgehen verkompliziert nicht nur das Auswahlprozedere, sondern führt auch zu Interpretationsproblemen (Fahrenberg, 1984; Seidenstücker & Baumann, 1978). Mehrere Datenmodalitäten (Datenebenen, Datenquellen, Untersuchungsmethoden) können in ihren Ergebnissen pro Zeitpunkt oder im Verlauf übereinstimmen bzw. nicht übereinstimmen:

- Grad der Übereinstimmung bei *einem* Untersuchungszeitpunkt: Konkordanz/Diskordanz der Daten.
- Grad der Übereinstimmung bei *mehreren* Untersuchungszeitpunkten: Synchronizität/Desynchronizität der Verlaufskurven.

Übereinstimmungen bzw. Nichtübereinstimmungen können wahre Sachverhalte, aber auch Scheinzusammenhänge repräsentieren. Voraussetzung für eine inhaltliche Interpretation ist ein gemeinsamer Bezugsrahmen. Nichtübereinstimmung unterschiedlicher Datenmodalitäten führt in Entscheidungssituationen zu Schwierigkeiten. Welche Modalität (Datenebene, Datenquelle, Untersuchungsverfahren) soll bei Widersprüchen den Ausschlag geben (z.B. unterschiedliche Bewertung des Therapieverlaufes durch Eltern, Therapeut, Kind)? Die Lösung der hier angesprochenen Probleme durch univariates Vorgehen erscheint wenig sinnvoll zu sein, da damit die Komplexität der zu untersuchenden Phänomene meist zu stark vereinfacht werden. Es bieten sich zwar keine Lösungen in dieser Problematik an, doch können folgende Gesichtspunkte zur Lösung beitragen (Seidenstücker & Baumann, 1978):

- Vermehrt sind die Verfahren hypothesen- und theoriengeleitet zu wählen.
- Stärker als bisher ist darzulegen, in welcher Relation Untersuchungsverfahren und Konstrukt stehen. Die technologische Begründung auf Grund der Bewährung ist nicht ausreichend.
- Zusätzlich sind Methodenstudien im Sinne der Multitrait-Multimethod-Analyse notwendig, um die Zusammenhänge empirisch zu klären.

5. Schlußbemerkungen

Psychologische Diagnostik, die wissenschaftlich fundiert ist, kann nicht nur Verfahrensapplikation sein. Vielmehr muß der/die DiagnostikerIn das Vorgehen methodisch und theoretisch reflektieren, um Untersuchungsstrategien und -methoden auszuwählen, damit differenzierte und begründete Aussagen erlangt werden. Dies wird heute durch die Vielzahl an vorgelegten Untersuchungsverfahren erschwert.

Wünschenswert wäre es daher für den klinisch-psychologischen Sektor (gilt aber auch für andere Bereiche), – anstelle der Vielzahl an unterschiedlichen Verfahren – einige wenige gut erprobte Methoden als Referenzinstrumente zu benutzen. Ein Beispiel dafür sind die im deutschsprachigen Raum ausgesprochenen Empfehlungen zur Standardisierung von Diagnostik und Evaluation in der Psychotherapie von Fydrich, Laireiter, Saile und Engberding (1996; vgl. auch Empfehlungen zur Angstforschung von Margraf & Bandelow, 1997). In den Empfehlungen werden unterschieden: Eingangsdagnostik, klassifikatorische-kategoriale Diagnostik, symptomorientiertes Screening, spezifische Verfahren für einzelne Diagnosebereiche, Therapieverlaufs- und Veränderungsdiagnostik. Derartige Standardisierung würden die Befundlage vereinheitlichen und für die Praxis einen Beitrag zur Qualitätssicherung geben.

Die psychologische Diagnostik, aber auch die klinisch-psychologische Diagnostik haben lange Zeit stagniert. Dies ist umso bedauerlicher, als die Diagnostik seit Beginn dieses Jahrhunderts einen wesentlichen Bestandteil klinisch-psychologischer Tätigkeit darstellte. Für die künftige Entwicklung der Klinischen Psychologie ist es dringend erforderlich, daß die klinisch-psychologische Diagnostik sowohl in der Forschung, als auch in der Praxis vermehrt Beachtung findet. Erfreulicherweise sind entsprechende Aktivitäten in Gange, wie die im Literaturverzeichnis angeführten neueren Forschungsergebnisse zeigen; diese Ansätze bedürfen aber einer breiteren Förderung.

6. Literatur

- AMDP & CIPS (Eds.). (1990). *Ratingscales for psychiatry*. Weinheim: Beltz.
- Amelang, M. & Bartussek, D. (1997). *Differentielle Psychologie und Persönlichkeitsforschung* (4. Aufl.). Stuttgart: Kohlhammer.
- Amelang, M. & Zielinski, W. (1994). *Psychologische Diagnostik und Intervention*. Berlin: Springer.
- American Psychiatric Association (1994). *Diagnostisches und Statistisches Manual Psychischer Störungen: DSM-IV* (Dt. Bearb. von Wittchen, H.-U. et al., 1996). Washington, D. C.: American Psychiatric Association.
- Bartling, G., Echelmeyer, L., Engberding, M. & Krause, R. (1992). *Problemanalyse im therapeutischen Prozeß. Leitfaden für die Praxis*. (3. Aufl.). Stuttgart: Kohlhammer.
- Baumann, U. & Laireiter, A. (1995). Individualdiagnostik interpersoneller Beziehungen. In K. Pawlik (Hrsg.), *Enzyklopädie der Psychologie: Grundlagen und Methoden der Differentiellen Psychologie* (Bd. 1, S. 609–643). Göttingen: Hogrefe.
- Baumann, U. & Reinecker-Hecht, Ch. (1986). Psychotherapie-Evaluation. In K.P. Kisker, H. Lauter, J.E. Meyer, C. Müller & E. Strömgen (Hrsg.), *Neurosen, Psychosomatische Erkrankungen, Psychotherapie, Psychiatrie der Gegenwart* (Band 1, 3. Aufl.: S. 353–372). Berlin: Springer.
- Baumann, U. & Stieglitz, R.D. (1994). Psychodiagnostik psychischer Störungen: Allgemeine Grundlagen. In R.D. Stieglitz & u. Baumann (1994), *Psychodiagnostik psychischer Störungen* (S. 3–20). Stuttgart: Enke.
- Bullinger, M. (1996). Lebensqualität – ein Ziel- und Bewertungskriterium medizinischen Handelns? In H.J. Möller, R.E. Engel & P. Hoff (Hrsg.), *Befunderhebung in der Psychiatrie: Lebensqualität, Negativsymptomatik und andere aktuelle Entwicklungen* (S. 13–29). Berlin: Springer.
- Butcher, J.N., Graham, J.R., Haynes, S.N. & Nelson, L.D. (Eds.). (1995). Methodological issues in psychological assessment research (special issues). *Psychological Assessment*, 7 (3).
- Caspar, F. (1989). *Beziehungen und Probleme verstehen. Eine Einführung in die psychotherapeutische Plananalyse*. Bern: Huber.
- Caspar, F. (1996a). Die Anwendung standardisierter Methoden und das individuelle Neukonstruieren therapeutischen Handelns. In H. Reinecker & D. Schmelzer (Hrsg.), *Verhaltenstherapie, Selbstregulation, Selbstmanagement* (S. 23–47). Göttingen: Hogrefe.
- Caspar, F. (Hrsg.). (1996b). *Psychotherapeutische Problemanalyse*. Tübingen: Deutsche Gesellschaft für Verhaltenstherapie.
- Caspar, F. & Grawe, K. (1982). *Vertikale Verhaltensanalyse (VVA). Analyse des Interaktionsverhaltens als Grundlage der Problemanalyse und Therapieplanung*. Forschungsbericht aus dem Psychologischen Institut der Universität Bern.
- Cierpka, M. (Hrsg.). (1996). *Familiendiagnostik* (2. Aufl.). Berlin: Springer.
- CIPS (Hrsg.). (1996). *Internationale Skalen für Psychiatrie* (4. Aufl.). Weinheim: Beltz.
- Fahrenberg, J. (1984). Methodische Überlegungen zur Mehrebenen-Prozeßforschung. In U. Baumann (Hrsg.), *Psychotherapie: Makro-Mikroperspektive* (S. 198–222). Göttingen: Hogrefe.
- Fahrenberg, J. & Myrtek, M. (Eds.). (1996). *Ambulatory assessment. Computer-assisted psychological and psychophysiological methods in monitoring and field studies*. Seattle: Hogrefe & Huber Publ.
- Faßnacht, G. (1995). *Systematische Verhaltensbeobachtung. Eine Einführung in die Methodologie und Praxis* (2. Aufl.). München: Reinhardt.
- Fiedler, P. (1997). Therapieplanung in der modernen Verhaltenstherapie. Von der allgemeinen zur phänomen- und störungsspezifischen Behandlung. *Verhaltenstherapie und Verhaltensmedizin*, 18, 7–39.
- Fisseni, H.-J. (1990). *Lehrbuch der psychologischen Diagnostik*. Göttingen: Hogrefe.
- Fydrich, Th., Laireiter, A., Saile, H. & Engberding, M. (1996). Diagnostik und Evaluation in der Psychothe-

- rapie: Empfehlungen zur Standardisierung. *Zeitschrift für Klinische Psychologie*, 25, 161–168.
- Goldstein, G. & Hersen, M. (Eds.). (1991). *Handbook of psychological assessment*. (2nd ed.). New York: Pergamon.
- Gottman, J.M. & Rushe, R.H. (Eds.). (1993). The analysis of change (Special section). *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 61 (6).
- Hank, G., Hahlweg, K. & Klann, N. (1990). *Diagnostische Verfahren für Berater. Materialien zur Diagnostik und Therapie in Ehe-, Familien- und Lebensberatung*. Weinheim: Beltz.
- Hayes, S.C. & Follette, W.C. (1992). Can functional analysis provide a substitute for syndromal classification? *Behavioral Assessment*, 14, 345–365.
- Hayes, S., Nelson, R. & Jarrett, R. (1987). The Treatment Utility of Assessment. A Functional Approach to Evaluating Assessment Quality. *American Psychologist*, 42, 963–974.
- Hayes, S., Wilson, K., Gifford, E., Follette, V. & Strohsahl, K. (1996). Experiential Avoidance and Behavioral Disorders: A Functional Dimensional Approach to diagnosis and Treatment. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64, 1152–1168.
- Haynes, S. & O'Brien, W. (1990). Functional analysis in behavior therapy. *Clinical Psychology Review*, 10, 649–668.
- Hersen, M. & Turner, S.M. (1994). *Diagnostic Interviewing*. (2nd ed.). New York: Plenum.
- Horner, R. (1994). Functional assessment: Contributions and future directions. *Journal of Applied Behavior Analysis*, 27, 401–404.
- Jäger, S. & Petermann, F. (Hrsg.). (1995). *Psychologische Diagnostik*. Weinheim: Psychologie Verlags Union.
- Kaminski, G. (1970). *Verhaltenstheorie und Verhaltensmodifikation*. Stuttgart: Klett.
- Kanfer, F.H. (1985). Die Bedeutung von Informationsverarbeitungsmodellen für das diagnostische Gespräch. *Verhaltensmodifikation*, 6, 3–19.
- Kanfer, F.H. & Busemeyer, J.R. (1982). The use of problem-solving and decision-making in behavior therapy. *Clinical Psychology Review*, 2, 239–266. (Dt.: Problemlösen und Entscheidungsfindung in der Verhaltenstherapie. *Verhaltensmodifikation*, 3, 140–156.)
- Kanfer, F.H. & Nay, W.R. (1982). Behavioral assessment. In G.T. Wilson & C.M. Franks (Eds.), *Contemporary Behavior Therapy* (pp. 367–402). New York: Guilford Press.
- Kanfer, F.H., Reinecker, H. & Schmelzer, D. (1996). *Selbstmanagement-Therapie. Ein Lehrbuch für die Klinische Praxis*. (2. Aufl.). Berlin: Springer.
- Kanfer, F.H. & Saslow, G. (1965). Behavioral analysis: An alternative to diagnostic classification. *Archives of General Psychiatry*, 12, 529–538.
- Karoly, P. (1993). Mechanisms of self-regulation: A systems view. *Annual Review of Psychology*, 44, 23–52.
- Kessler, B.H. (1994). Biographische Diagnostik. In R.D. Stieglitz & U. Baumann (Hrsg.), *Psychodiagnostik psychischer Störungen* (S. 177–190). Stuttgart: Enke.
- Kiresuk, T., Smith, A. & Cardillo, J.E. (Eds.). (1968). *Goal attainment scaling: Application, theory and measure*. Hillsdale: Lawrence Erlbaum. Ass.
- Kubinger, K.D. (Hrsg.). (1997). Testrezensionen (Themenheft). *Zeitschrift für Differentielle und Diagnostische Psychologie*, 18 (1/2).
- Laireiter, A., Baumann, U. & Stieglitz, R.D. (1994). Soziodiagnostik. In R.D. Stieglitz & U. Baumann (Hrsg.), *Psychodiagnostik psychischer Störungen*. (S. 191–206). Stuttgart: Enke.
- Lang, P. (1971). The application of psychophysiological methods to the study of psychotherapy and behavior change. In A. Bergin & S. Garfield (Eds.), *Handbook of Psychotherapy and Behavior Change. An Empirical Analysis* (pp. 77–125). New York: Wiley.
- Lazarus, A.A. (1973). Multimodal behavior therapy: Treating the «Basic ID». *Journal of Nervous and Mental Disease*, 56, 404–411.
- Lilly, W. & Frey, D. (1993). Die Hypothesentheorie der sozialen Wahrnehmung. In D. Frey & M. Irle (Hrsg.), *Theorien der Sozialpsychologie. Kognitive Theorien*. (2. Aufl., S. 40–78). Göttingen: Huber.
- Margraf, J. & Bandelow, B. (1997). Empfehlungen für die Verwendung von Meßinstrumenten in der klinischen Angstforschung. *Zeitschrift für Klinische Psychologie*, 26, 150–156.
- Margraf, J. & Schneider, S. (1996). Diagnostik psychischer Störungen mit strukturierten Interviews. In J. Margraf (Hrsg.), *Lehrbuch der Verhaltenstherapie* (Bd. 1, S. 155–178). Berlin: Springer.
- Maruish, M.E. (Ed.). (1994). *The use of psychological testing for treatment planning and outcome assessment*. Hillsdale, New Jersey: Lawrence Erlbaum.
- Michel, L. & Mai, N. (1968). Entscheidungstheorie und Probleme der Diagnostik bei Cronbach & Gleser. *Diagnostika*, 14, 98–121.
- Möller, H.-J. (1994). Probleme der Klassifikation und Diagnostik. In H. Reinecker (Hrsg.), *Lehrbuch der Klinischen Psychologie. Modelle psychischer Störungen* (2. Aufl., S. 4–24). Göttingen: Hogrefe.
- Nelson, R. & Hayes, C. (Eds.). (1986). *Conceptual foundations of behavioral assessment*. New York: Guilford Press.
- Ogles, B.M., Lambert, M.J. & Masters, K.S. (1996). *Assessing outcome in clinical practice*. Boston: Allyn and Bacon.
- Pawlik, K. (1976). Modell- und Praxisdimensionen psychologischer Diagnostik. In K. Pawlik (Hrsg.), *Diagnose der Diagnostik* (S. 13–43). Stuttgart: Klett.
- Paykel, E.E. & Norton, K.R. (1986). Self-report and clinical interview in the assessment of depression. In N. Sartorius & Th.A. Ban (Eds.), *The assessment of depression* (pp. 356–366). Berlin: Springer.
- Perrez, M. (1985). Diagnostik in der Psychotherapie – ein anachronistisches Ritual? *Psychologische Rundschau*, 36, 106–109.
- Perrez, M. (1994). Felddiagnostik mit besonderer Berücksichtigung der computerunterstützten Diagnostik. In R.-D. Stieglitz & U. Baumann (Hrsg.), *Psychodiagnostik psychischer Störungen* (S. 140–161). Stuttgart: Enke.
- Reinecker, H. (1994). *Grundlagen der Verhaltenstherapie* (2. Aufl.). München: PVU.
- Reinecker, H. (1997). Verhaltenstherapie. In W. Senf & M. Broda (Hrsg.), *Praxis der Psychotherapie. Theoretische Grundlagen von Psychoanalyse und Verhaltenstherapie*. (Studienausgabe) (S. 112–153). Stuttgart: Thieme.
- Rost, J. (1996). *Testtheorie und Testkonstruktion*. Bern: Huber.
- Schneider, S. & Margraf, J. (1996). Fragebögen, Rating-skalen und Tagebücher für die verhaltenstherapeutische Praxis. In J. Margraf (Hrsg.), *Lehrbuch der*

- Verhaltenstherapie*. (Bd. 1, S. 189–200). Berlin: Springer.
- Schulte, D. (1974). *Diagnostik in der Verhaltenstherapie*. München: Urban & Schwarzenberg
- Schulte, D. (1993). Lohnt sich eine Verhaltensanalyse? *Verhaltenstherapie*, 3, 5–13.
- Schulte, D. (1996). *Therapieplanung*. Göttingen: Hogrefe.
- Schutte, N.S. & Malouff, J.M. (1995). *Sourcebook of adult assessment strategies*. New York: Plenum.
- Seidenstücker, G. & Baumann, U. (1978). Multimethodale Diagnostik. In U. Baumann, H. Berbak & G. Seidenstücker (Hrsg.), *Klinische Psychologie. Trends in Forschung und Praxis*. (Bd. 1, S.134–182). Bern: Huber.
- Steller, M. (1994). Diagnostischer Prozeß. In R.-D. Stieglitz & U. Baumann (Hrsg.), *Psychodiagnostik psychischer Störungen*. (S. 37–46). Stuttgart: Enke.
- Stieglitz, R.D. (1996). Erfassung von Lebensqualität bei schizophrenen Patienten. In H.J. Möller, R.E. Engel & P. Hoff (Hrsg.), *Befunderhebung in der Psychiatrie: Lebensqualität, Negativsymptomatik und andere aktuelle Entwicklungen* (S. 73–81). Berlin: Springer.
- Stieglitz, R.-D. & Baumann, U. (1994a). Veränderungsmessung. In R.-D. Stieglitz & U. Baumann (Hrsg.), *Psychodiagnostik psychischer Störungen*. (S. 21–36). Stuttgart: Enke.
- Stieglitz, R.-D. & Baumann, U. (Hrsg.). (1994b). *Psychodiagnostik psychischer Störungen*. Stuttgart: Enke.
- Testkuratorium der Föderation deutscher Psychologenv Verbände (1986). Kriterienkatalog (Mitteilung). *Diagnostica*, 32, 358–360.
- Verhaltenstherapie und Verhaltensmedizin (Hrsg.). (1997). Planung in der Verhaltenstherapie: Diskurs zu Thesen von Peter Fiedler (Themenheft). *Verhaltenstherapie und Verhaltensmedizin*, 18 (2).
- Walbott, H.G. (1994). Verhaltensbeobachtung. In R.-D. Stieglitz & U. Baumann (Hrsg.), *Psychodiagnostik psychischer Störungen*. (S. 95–106). Stuttgart: Enke.
- Westhoff, G. (Hrsg.). (1993). *Handbuch psychosozialer Meßinstrumente*. Göttingen: Hogrefe.
- Westmeyer, H. (1994). Zu Selbstverständnis und Perspektiven der Verhaltensdiagnostik. *Diagnostica*, 40, 270–292.
- Wiggins, J.S. (1973). *Personality and prediction. Principles of personality assessment*. Menlo Park, Calif.: Addison-Wesley.
- Williams, D.E. & Thompson, J.K. (Eds.). (1993). Integrating personality assessment data and behavior therapy (Special Issue). *Behavior Modification*, 17 (1).
- Wittchen, H.-U. & Unland, H. (1991). Neue Ansätze zur Symptomerfassung und Diagnosedstellung nach ICD-10 und DSM-III-R. Strukturierte und standardisierte Interviews. *Zeitschrift für Klinische Psychologie*, 20, 321–342.