

BERICHT
aus dem
PSYCHOLOGISCHEN INSTITUT
DER UNIVERSITÄT HEIDELBERG

Reiner Bastine
KLINISCHE PSYCHODIAGNOSTIK

Mai 1988

Diskussionspapier Nr. 60

KLINISCHE PSYCHODIAGNOSTIK

Reiner Bastine

Gefördert aus Mitteln der Stiftung Volkswagenwerk

Mai 1988

Vorbemerkung

Der vorliegende "Bericht" ist die vorläufige Fassung von Kapitel 6 - Klinische Psychodiagnostik - des Lehrbuches KLINISCHE PSYCHOLOGIE, Band 2. Es handelt sich dabei also um einen Einführungstext, in dem vor allem den Studierenden der Psychologie ein Überblick über dieses Gebiet der Klinischen Psychologie gegeben werden soll.

Da die Kapitel des 2. Bandes die Numerierung des 1. Bandes fortführen sollen, sind die Abschnitte dieses Kapitels mit 6.1 bis 6.9 durchnummeriert. Bei Verweisen auf den 1. Band werden häufig nur die Seitenzahlen oder Kapitel aus diesem Band zitiert (z.B. "Kap. 4 in Band 1").

Ich danke der Stiftung Volkswagenwerk und dem Land Baden-Württemberg, die die vorliegende Arbeit sehr gefördert haben.

Über Anmerkungen und Anregungen zu diesem Institutsbericht würde ich mich sehr freuen.

R.B.

Inhaltsverzeichnis

Seiten

6.1 Aufgaben und Ziele Klinischer Psychodiagnostik	1
6.2 Psychodiagnostische Zugänge: Datenquellen und Datenebenen	10
6.3 Methoden der Klinischen Psychodiagnostik	18
6.4 Die Theorieabhängigkeit Klinischer Psychodiagnostik	34
6.4.1 Verhaltensdiagnostik	35
6.4.2 Kognitive Psychodiagnostik	41
6.4.3 Klientenzentrierte Psychodiagnostik	46
6.4.4 Psychoanalytische Diagnostik	51
6.4.5 Interpersonale Psychodiagnostik	55
6.4.6 Abschließende Bemerkungen	62
6.5 Störungsspezifische Psychodiagnostik	64
6.6 Behandlungsorientierte Psychodiagnostik	68
6.7 Biografik und Anamnese	77
6.8 "Klinische Methode" und klinische Urteilsbildung	85
6.9 Ausblick	98

Verzeichnis der Tabellen, Abbildungen und Kästen

	<u>Seiten</u>
<u>Tabelle 6.1</u> Taxonomie von Methoden der Datenerhebung	17a-b
<u>Tabelle 6.2</u> Methoden der Klinischen Psychodiagnostik	20a-d
<u>Tabelle 6.3</u> Spezielle Klinische Psychodiagnostik für ausgewählte Störungsbereiche	65a
<u>Tabelle 6.4</u> Spezielle Klinische Psychodiagnostik nach dem Drei-Systeme-Modell	66a
<u>Tabelle 6.5</u> Beschreibung und Beispiele ausgewählter Urteilsfehler bei Datenerhebung, Informationsverarbeitung, Ergebnisbeurteilung und Feedback der diagnostischen Beurteilung	92a-d
<u>Tabelle 6.6</u> Überblick zur Klinischen Psychodiagnostik	98a
<u>Abb. 6.1</u> Bestimmungsstücke des funktionalen Bedingungsmodells	43d
<u>Abb. 6.2</u> Strukturelle Analyse sozialer Beziehungen - SASB	60
<u>Kasten 6.1</u> Problemanalyse	43a-f
<u>Kasten 6.2</u> Diagnostische Ermittlung von Behandlungszielen	74a-b

6.1 Aufgaben und Ziele Klinischer Psychodiagnostik

In die psychologische Sprechstunde kommt eine Studentin, die einen sehr niedergeschlagenen Eindruck vermittelt. Bereits in einem sehr kurzen Gespräch erfährt die Diplom-Psychologin A., daß der Vater der Studentin vor zwei Monaten gestorben ist, sie seither nicht mehr ein- noch ausweise, zu Hause sitze und weine, und daß sie auch ihre alltäglichen Dinge nicht mehr erledigen könne. Bereits vor dem Tod des Vaters habe sie viele Schwierigkeiten gehabt, aber jetzt sei es besonders schlimm geworden. Nun suche sie Rat und Hilfe, denn ohne diese komme sie nicht mehr zurecht.

Für die Psychologin ergibt sich daraus eine Reihe von Fragen, u.a. wie sieht das Problem der Klientin aus, können die Schwierigkeiten der Klientin behandelt werden und ggf. in welchem Rahmen? Zweifellos wird sie zu deren Klärung noch viele zusätzliche Informationen benötigen, die sie in weiteren Gesprächen, einer systematischen Befragung zur allgemeinen Lebenssituation der Klientin wie zur Entwicklung der Problematik und unter Zuhilfenahme von Testverfahren erheben könnte.

Die hierzu herangezogenen Verfahren (Gespräch, biographische und anamnestiche Befragung, Tests) dienen letztlich dem Treffen von qualitativen Entscheidungen (Cronbach & Gleser 1965): Der psychische Zustand einer Person soll mit dem Ziel beschrieben werden, daraus bestimmte Empfehlungen oder Folgerungen über mögliche Vorgehensweisen abzuleiten.

Allgemein bezeichnet der Begriff Diagnose: Erkennen, Feststellen und Unterscheiden. Dabei kann zwischen einem methodischen Aspekt - dem Prozeß der Erhebung - und dem Ergebnis des diagnostischen Prozesses unterschieden werden:

Bei der psychodiagnostischen Erhebung (Englisch: "assessment") wird versucht, in kontrollierter und systematischer Weise Informationen über psychische Befindlichkeiten und Zustände zu erhalten. Selbstverständlich wird dieses Geschehen von vielen Faktoren beeinflusst, unter anderem vom Anlaß der diagnostischen Untersuchung, von der Art der Fragestellung, von Erwartungen an das Ergebnis, den institutionellen Rahmenbedingungen usw.

Als Ergebnis der Untersuchung sollen die gewonnenen Daten in der Regel in ein Begriffssystem eingeordnet werden, um damit eine qualitative Entscheidung zu ermöglichen. In Institutionen der Gesundheitsversorgung erfolgt dies meistens in Form einer nosologischen Diagnose, d.h. die diagnostischen Befunde werden in das nosologische System psychischer Krankheiten eingeordnet; im genannten Beispiel etwa als "psychogene Reaktion" oder "neurotische Depression" (vgl. Kap. 4 in Band I).

Definitionsgemäß ist die klinische Psychodiagnostik ausgerichtet auf das Feststellen, Beschreiben und Analysieren **psychischer Störungen** sowie der **psychischen Aspekte körperlicher Erkrankungen, Behinderungen und Beschwerden**. Selten gehört zu den Aufgaben eines klinisch-psychologischen Diagnostikers das Erfassen psychischer Folgen extremer Lebensereignisse (z.B. Lagerhaft, Katastrophen, erlittene Gewalttätigkeit), die Beurteilung von Sorgerechtsentschei-

dungen für Kinder aus geschiedenen Ehen oder die Feststellung einer beruflichen Eignung in besonderen Fällen.

Überblicke über die allgemeine Psychodiagnostik geben u.a. Goldstein & Hersen (1984), Groffmann & Michel (1982a), Jäger (1986), Pawlik (1976), Westmeyer (1972), Wewetzer (1979), Wottawa & Hossiep (1987); zur klinischen Psychodiagnostik finden sich weitere Hinweise u.a. bei Jüttemann (1984), Minsel & Scheller (1983, Band 5), Plaum (1982), Schulz & Hautzinger (1980, Band 2), Wittling (1980a, Band 1).

Die Psychodiagnostik soll allgemein zur Optimierung praktischer Problemlösungen beitragen, die nach Pawlik (1976) in zwei Formen erfolgen können:

Wenn eine Auswahl von Personen und/oder Bedingungen zu treffen ist, läßt sich die praktische Problemlösung als **Selektionsstrategie** bezeichnen. Im klinisch-psychologischen Bereich liegt eine derartige Aufgabe dann vor, wenn für ein bestehendes Behandlungsangebot bestimmte Klienten aus einer größeren Personengruppe ausgewählt werden sollen, z.B. für ein verhaltenstherapeutisches Programm zur Reduktion von Übergewicht. Diese Strategie empfiehlt sich vor allem, wenn lediglich eine bestimmte Untergruppe der Übergewichtigen von der Behandlung profitieren wird (selektive Indikation). Eine psychodiagnostische Selektionsstrategie liegt auch dann vor, wenn für eine bestehende Personengruppe die am besten passenden Bedingungen ausgewählt werden sollen -

wenn die diagnostische Aufgabe also beispielsweise darin besteht, für bestimmte Personen geeignete Behandlungsverfahren auszusuchen.

Unter "**Modifikationsstrategie**" versteht man eine Vorgehensweise, die eine Optimierung durch eine Veränderung des Verhaltens und/oder von Bedingungen sucht. Die Qualität einer solchen psychologischen Intervention bemisst sich an dem Ergebnis, das diese Veränderung im Hinblick auf das gewählte Optimierungskriterium kennzeichnet (z.B. wieder: Ausbildungserfolg, Berufsleistung oder berufliche Zufriedenheit). Je nach der Implementierungsrichtung wird man auch hier sinngemäß zwischen Strategien der Verhaltensmodifikation (Ausbildungs- und Schulungsprogramme, Psychotherapie usw.) und Strategien der Bedingungsmodifikation (Verbesserung der Lernmedien, des Arbeitsplatzes, der Therapiebedingungen usw.) unterscheiden" (Pawlik 1976, 16).

Selektions- und Modifikationsstrategien sind bei praktischen Problemlösungen lediglich prototypisch unterscheidbar; in der Praxis kommen sie häufig gemischt oder aufeinander folgend vor. Bietet etwa eine ambulante Einrichtung für psychosomatisch gestörte Klienten ein familientherapeutisches Behandlungsprogramm an, wird zunächst aus den anfragenden Klienten eine Vorauswahl getroffen werden. Anschließend stellt sich die Frage, unter welchen Bedingungen den angenommenen Klienten geholfen werden kann, d.h. wie sich die psychosomatischen Störungen beseitigen lassen. In dieser zweiten Phase werden dann psychodiagnostische Verfahren zum Zuge kommen, die auf Verhaltens- und Erlebensänderungen ausgerichtet sind. Da zahlreiche (aber nicht sämtliche!) klinisch-psychologische Problemstellungen eine

Veränderung zum Ziel haben, wird die klinische Psychodiagnostik oftmals eine Modifikationsstrategie einschließen.

Die unterschiedlichen Zielsetzungen der Psychodiagnostik sind jeweils mit bestimmten Modellvorstellungen verbunden, die zu unterschiedlichen Arten und Konstruktionen der Erhebungsverfahren führen. Diese unterschiedlichen psychodiagnostischen Ausrichtungen lassen sich mit Hilfe von vier Dimensionen beschreiben, die jeweils durch einander gegenüberstehende Pole gekennzeichnet sind (Pawlik 1976):

- Statusdiagnostik vs. Prozeßdiagnostik
- Normorientierte vs. kriteriumsorientierte Diagnostik
- Testen vs. Inventarisieren
- Diagnostik als Messung vs. als Information für und über Behandlung.

In dem folgenden Abschnitt möchte ich hauptsächlich die ersten beiden Dimensionen darstellen und ihre klinische Bedeutung erläutern.

Je nach Problemstellung kann ein/e Psycholog/e/in beispielsweise eher an der Erfassung des augenblicklichen Zustands von Personen (ihrem aktuellen Status) oder an intraindividuellen Veränderungen interessiert sein. Die Statusdiagnostik wird meistens in Beziehung gesetzt mit Eigenschaftstheorien, die auf überdauernde Merkmale einer Person abzielen. Das Interesse des Untersuchers liegt hierbei an der interindividuellen Varianz und der Stellung des Untersuchten innerhalb einer Gruppe, die zur Normierung herangezogen wird. Dadurch ist die Statusdiagnostik meist verbunden mit der Feststellung von normkonformem oder -abweichen-

dem Verhalten und Erleben und stützt sich methodisch auf Testverfahren.

Dagegen dient die Prozeßdiagnostik der Erfassung intraindividuelle Veränderungen. Wenn allerdings die Veränderungen zwischen Status 1 (z.B. psychischer Zustand vor Beginn einer Behandlung) und Status 2 (Zustand nach Abschluß einer Behandlung) ermittelt werden, kann eine Statuserhebung fließend in eine veränderungsbezogene Diagnostik übergehen, da die Differenz zwischen den beiden Zuständen eine Aussage über intraindividuelle Veränderungseffekte erlaubt.

Häufig wird bei dieser einfachsten Feststellung von Interventionseffekten bereits von "Prozeßdiagnostik" gesprochen (vgl. Pawlik 1976, Baumann 1982a). Da ein Prozeß jedoch in der Regel erst durch mehrere aufeinanderfolgende Ereignisse definiert wird (und nicht nur durch die Differenz zwischen zwei Ereignissen), handelt es sich hier um eine wenig aussagekräftige Benennung.

Um diese unterschiedlichen Fälle von Prozeßdiagnostik besser auseinanderzuhalten, sollte im Fall des Prä-Post-Vergleiches genauer von Interventionsdiagnostik gesprochen werden. Wenn dagegen tatsächlich kontinuierliche und sequentielle Informationen erhoben werden - beispielsweise über die Verläufe verbaler Interaktionen oder physiopsychologischer Variablen -, liegt im engeren Sinne eine Verlaufsdiagnostik vor.

Bei der Bewertung der diagnostischen Informationen lassen sich unterschiedliche Arten von Normen heranziehen. Möchte man die individuelle Position in Bezug zu einer Normgruppe ermitteln, z.B. die Abweichung oder "Normalität" einer Person in Relation zu anderen Personen in einem klinischen

Testverfahren wie dem MMPI oder anhand von Symptomlisten feststellen, ist das diagnostische Vorgehen normorientiert. Soll jedoch festgestellt werden, ob ein individuelles Behandlungsziel erreicht wurde, ist die individuelle Position relativ zu einem Kriterium zu erheben; das psychodiagnostische Vorgehen ist kriteriumsorientiert (z.B. "goal attainment scaling", Kasten 6.2). Bei der Definition oder Ermittlung des Gestörtheitsgrades einer Person werden in der Regel eher normorientierte Verfahren verwendet, während für die Evaluation eines Behandlungserfolges oftmals beide Informationen wichtig sind, da Antworten auf zwei Fragen gesucht werden: Wurden die Behandlungsziele erreicht? Kann die Person nach der Behandlung als hinreichend normal/gesund gelten?

In der dritten Dimension diagnostischer Zielsetzung stehen sich Testen und Inventarisieren gegenüber. Dem Testen liegt die Absicht zugrunde, eine Stichprobe des Verhaltens und Erlebens zu erfassen, die einen Rückschluß auf einen Eigenschaftswert zuläßt.

Beispiele dafür sind Persönlichkeitstests. Zugleich ist "Testen" eng verknüpft mit der Auffassung der Diagnostik als Messung (einem Pol der vierten Dimension), da mittels eines Testverfahrens eine latente Variable erschlossen werden soll, z.B. eine Persönlichkeitseigenschaft.

Wird dagegen ein Verhaltensrepertoire erhoben - etwa mit Hilfe von klinischen Problemanalysen, Interviews, Verhaltensbeobachtungen oder Klientenbefragungen - ist der Diagnostiker an einer Inventarisierung problemrelevanter Informationen interessiert. Diese Informationen dienen häufig

als wichtige Grundlage für Behandlungsplanung und -evaluation, wobei das Inventarisieren zugleich als Information für und über Behandlung dient (4. Dimension nach Pawlik 1976).

In der behandlungsbezogenen klinischen Praxis liegt die primäre Aufgabe im Auffinden intraindividuelle Veränderungen. Daher besteht hier ein vorrangiges Interesse an der psychodiagnostischen Erfassung von Prozessen und Behandlungserfolgen, sowie an der differenzierten Beschreibung der Problematik eines Klienten. Dagegen ist die Nützlichkeit der bestehenden Test- und Statusdiagnostik für die konkrete praktische Behandlung deshalb begrenzt, weil die meisten Verfahren nicht für diesen Zweck konstruiert wurden.

Andererseits sind Statusdiagnostik und normorientiertes Testen unzweifelhaft nützlich für das Umfeld der Behandlung: Bei selektiven Indikationsentscheidungen sind Art und Ausmaß der Störung einer Person, bei der Evaluation auch der erreichte Grad der Normalisierung durch die Behandlung zu erfassen.

Die Zielsetzungen der Psychodiagnostik lassen sich also - wie die bisherige Darstellung gezeigt hat - mit unterschiedlichen klinisch-psychologischen Fragestellungen in Zusammenhang bringen.

Zusammenfassend beziehen sich diese Fragestellungen vor allem auf die Beschreibung und Definition der psychischen Störungen, Indikations- und Behandlungsentscheidungen, Behandlungsplanung- und Zielbestimmung sowie die Prozess- und

Ergebnisevaluation der Behandlung. Darüber hinaus ist die Diagnostik ein unentbehrliches Hilfsmittel in der ätiologisch-genetischen, prognostischen und therapeutischen Forschung, z.B. bei der Identifikation von Risikofaktoren und der Bewertung neuer Behandlungsmethoden zu den verschiedenen Funktionen der Psychodiagnostik vgl. auch Perrez 1985). Für die Planung und Bewertung der psychosozialen Gesundheitsversorgung kommt ihr damit eine ebensogroße Bedeutung zu wie für die Ausbildung und Supervision der in diesem Bereich Tätigen. Eine spezielle Aufgabe liegt in der psychologischen Begutachtung (Hartmann 1984, Schmidt 1982).

6.2 Psychodiagnostische Zugänge: Datenquellen und Datenebenen

In der Psychotherapieforschung ist es seit langem üblich und mittlerweile Standard, für die Beurteilung des Behandlungserfolges verschiedene Beurteiler und unterschiedliche Merkmalsbereiche heranzuziehen (vgl. Lambert et al. 1983, Rogers & Dymond 1954, Strupp, Hadley & Gomes-Schwartz 1977). Diesem Vorgehen liegt die berechtigte Annahme zugrunde, daß verschiedene Personen das Behandlungsergebnis aus unterschiedlichem Blickwinkel beurteilen und daß sich in verschiedenen Merkmalsbereichen qualitativ unterschiedliche Veränderungen zeigen. Zur Beurteilung werden also verschiedene Datenquellen (Informanten) und Datenebenen (psychologische Merkmalsbereiche) herangezogen; die Kombination verschiedener Datenquellen, Datenebenen und Erhebungsmethoden wird programmatisch als multimethodale Diagnostik bezeichnet (Campbell & Fiske 1959, Fahrenberg 1987, Fiske 1971, 1987, Nay 1979, Seidenstücker & Baumann 1978, 1987,).

In diesem Zusammenhang möchte ich drei Aspekte der multimethodalen Diagnostik erörtern: Die Quelle der Informationen von verschiedenen Beurteilern (insbesondere Selbst- und Fremdbeurteilung), zeitliche sowie ökopsychologische Aspekte der Diagnostik. Abschließend werden die diagnostischen Zugangsweisen in einer Taxonomie von Methoden der Datenerhebung zusammengefaßt.

- **Datenquellen und Datenbeurteilung:** Wer liefert die Informationen und wer wertet sie aus?

Bei klinisch-psychologischen Problemstellungen ist im allgemeinen sehr schnell klar, daß "ein Problem sehr viele Seiten hat" und daß verschiedene Personen in der Regel recht unterschiedliche Urteile darüber abgeben. So kann der Klient aufgrund seiner Störung sich selbst und seine Situation unter Umständen nicht mehr angemessen einschätzen. Andererseits beeinflußt auch der Grad der Involviertheit einer Person die Beurteilungsgenauigkeit: Bei einer geringeren persönlichen Verwicklung in die jeweiligen Probleme wird man eine neutralere und deshalb genauere diagnostische Beurteilung erwarten können. In jedem Fall werden die Beurteilungsperspektiven von unterschiedlichen Voreinstellungen, eigenen Motiven, "naiven" Erklärungen usw. des Urteilenden beeinflußt, so daß die Unterschiedlichkeit auch durch den jeweiligen Lebenskontext bedingt wird.

Wenn man das Bemühen um eine möglichst vollständige Erfassung des Geschehens in den Vordergrund rückt, müßte man versuchen, möglichst viele Informanten heranzuziehen. Als Quellen werden in diesem Fall meist Klient, Untersucher (Therapeut), Bezugspersonen des Klienten (nahestehende andere, wie Partner oder Angehörige) sowie unabhängige und geschulte Experten herangezogen (für die empirische Psychotherapie-Forschung vgl. Lambert et al. 1983).

Die traditionelle Unterscheidung von Selbstbeschreibung und Fremdbeschreibung hat inhaltliche und methodische Gründe. Die Selbstbeobachtung und -beschreibung bezieht sich auf die Registrierung des eigenen Verhaltens, internaler Ereignisse sowie der Interdependenz zwischen Verhalten und Erle-

ben (vgl. Nelson 1978, Thorensen & Mahoney 1974,). Der Informationsbereich der Selbstbeschreibung ist im allgemeinen umfangreicher als der der Fremdbeobachtung, da durch die Person selbst neben Erlebnissen auch das beobachtbare Verhalten, soziale Beziehungen und körperliche Prozesse diagnostiziert werden können. Für das Erfassen von kognitiven Prozessen stellt sie die wichtigste Methode dar; so wird man in der Regel erwarten, daß eine Person ihre Arbeitsfortschritte bei der Prüfungsvorbereitung selbst am besten einschätzen kann.

Methodisch problematisch ist, daß durch die Selbstbeobachtung bereits Veränderungen eingeleitet werden - allein die Tatsache, daß der Beobachter sich der Untersuchung bewußt ist, kann die Grundrate des zu Beobachteten verändern. Darüber hinaus können sich vorgeordnete "naive" Theorien, Begründungs- und Rechtfertigungszwänge, Leugnungstendenzen und Selbsttäuschungen (emotionale Blockaden, Widerstände) als Störquelle für eine valide Beurteilung auswirken, insbesondere in dem stark tabuisierten, sozial sanktionierten und zentrale Selbstwerte berührenden Bereich der psychischen Störungen. Beispielsweise können starke Ängste zu massiven Urteilsverzerrungen führen (vgl. "unbewußte psychische Prozesse": Bowers & Meichenbaum 1984; "motivierte Strategien": Showers & Cantor 1985). Vorschläge zur methodischen Verbesserung von Selbstbeurteilungen haben Shraugher & Osberg (1981) formuliert.

Durch Fremdbeschreibungen sollen bestimmte Verhaltensweisen einer Person in Ausschnitten beobachtet und aufgezeichnet werden. Handelt es sich um die Registrierung vergangenen

Verhaltens, wirkt der diagnostische Eingriff in der Regel nicht auf das Verhalten des Beobachteten zurück, während dies bei aktueller Beobachtung ebenso wie bei Selbstbeobachtung durchaus der Fall sein kann. Da auch die Fremdbeobachtung durch die Voreingenommenheit der Beobachter, mangelnde Beobachtungsfähigkeiten, zufälliges Herausgreifen von Ereignissen und ähnlichem in starkem Maße fehleranfällig ist, empfehlen sich Beobachtertrainings und ein kontrolliertes, systematisches Vorgehen. Andererseits kann dadurch auch die Veridikalität des Beobachteten beeinträchtigt werden. Westmeyer & Manns (1977) weisen auf die Notwendigkeit hin, zur Erhöhung der Validität sieben Problembereiche sorgfältig zu kontrollieren: die zu beobachtende Person, das Setting der Beobachtungssituation, die Zeitdauer der Beobachtung, den Beobachter, die Beobachtungssprache, das System der Beobachtung und deren Auswertung.

Das Heranziehen verschiedener Beurteiler einschließlich der Person selbst hat jedoch nicht nur Vorteile. Die regelmäßig zu erwartende Diskordanz der Informationen aus den verschiedenen Quellen ist nämlich nur dann zu verwerten, wenn begründete Annahmen über die Unterschiedlichkeit vorliegen und damit die Urteilsdiskrepanzen auch erklärbar sind. Das ist jedoch weitaus seltener als erforderlich der Fall. Gelegentlich wird es möglich sein, die mangelnde Übereinstimmung zwischen den Beobachtern durch einen Diskurs mit abschließender gemeinsamer Meinungsbildung zu überwinden. Westmeyer (1984) hat ein derartiges Verhandlungsmodell mit Diskutanten in verschiedenen Rollen für die Begründung

psychotherapeutischer Indikationsentscheidungen vorgeschlagen (s. Indikation)

Andere Verbesserungsmöglichkeiten bieten vor allem technische Hilfen, wie z.B. Methoden zur genauen Protokollierung oder elektronische Datenträger (s. Kap. 6.3).

- **Zeitliche Aspekte der Diagnostik:** Auf welche Zeiträume und Zeitspannen bezieht sich die diagnostische Beschreibung? In welcher Weise werden Veränderungen über die Zeit erfaßt?

In der Klinischen Psychologie wird man meistens nicht ohne die Beschreibung der Entwicklung einer Person - oder spezieller: der Entwicklung einer klinischen Problematik - auskommen. Vor allem zur Aufklärung der Entstehung einer Störung ist dieser pathogenetische Aspekt unentbehrlich, jedoch wird auch jede Behandlung von der sorgfältigen Exploration der Entwicklung profitieren, weil aus den Lebensumständen während der Vorgeschichte und aus den bisherigen Bewältigungsversuchen wertvolle therapeutische Schlußfolgerungen gezogen werden können.

Während gegenwärtige psychische Zustände mit erheblichem methodischem (testkonstruktorischem) Aufwand erhoben werden, ist die Forschungsmethodik für vergangene Erfahrungen vergleichsweise wenig entwickelt (s. allerdings Kap. 6.7).

Offenbar ist dies eine Folge der erheblich größeren methodischen Probleme, die mit der Erforschung vergangenen Erlebens und Verhaltens verbunden sind; Lebensläufe sind hochgradig individuell und zudem unterliegt ihre Rekonstruktion erheblichen Fehlerquellen (Erinnerungslücken, nachträgliche Lebenslaufkorrekturen usw.).

Bei der Analyse von persönlichen Entwicklungen sollen vergangene Erfahrungen mit der gegenwärtigen Lebenssituation verknüpft werden, also Beziehungen zwischen vergangenen und gegenwärtigen Merkmalen hergestellt werden. Diese Verbindung läßt sich nur auf der Grundlage einer klinisch-psychologischen Entwicklungstheorie vollziehen, aus der sich die Kriterien für die Beobachtungskategorien in Vergangenheit und Gegenwart ableiten lassen - im Rahmen einer verhaltens-theoretischen Konzeption beispielsweise in Gestalt der "Verstärkergeschichte" eines Problemverhaltens. Innerhalb der meisten klinisch-psychologischen Theorien gelingt dieser Brückenschlag wenigstens konzeptionell, wenn auch die Beziehungen empirisch nur selten gesichert sind.

Ein anderer zeitlicher Aspekt klinischer Psychodiagnostik liegt in der häufig durch die Fragestellungen bedingten Notwendigkeit von Mehrfacherhebungen. Nicht nur in der Behandlungsevaluation ist eine wiederholte Datengewinnung erforderlich (im einfachsten Fall als Prä-Post-Vergleich - s. Bastine 1975), sondern auch in pathogenetischen Untersuchungen. Die mit wiederholten Erhebungen verbundenen Probleme der Datengewinnung basieren vor allem auf Erinnerungs-, Motivations- und Ermüdungseffekten und den daraus möglicherweise resultierenden Validitätsveränderungen.

● **Ökopsychologische Aspekte der Diagnostik:** Auf welche Art und Weise läßt sich das Handeln einer Person im realen Lebenskontext erfassen?

Ein erheblicher Teil des klinisch bedeutsamen Erlebens und Verhaltens bezieht sich auf interpersonelle und situative

Bedingungen, familiäre, berufliche und sozioökonomische Faktoren wie materielle Lebensumstände. Im Prinzip sollten daher diese Person-Umwelt-Beziehungen auch diagnostisch erfaßt werden. Zunächst wird man sich sicherlich auf die subjektiv wahrgenommene Realität eines Klienten stützen, da diese auch erlebnismäßig für das persönliche Handeln ausschlaggebend sein mag. Umwelteinflüsse sollten nicht unterschätzt werden; zu ihrer Beurteilung bieten sich Mehr-Ebenen-Analysen an (Bronfenbrenner 1977, Kaiser 1982; vgl. Band 1, S. 77).

In der klinischen Psychodiagnostik werden häufig abgestufte Grade der Realitätsnähe untersucht: Selbstbeschreibungen der Situationserfahrungen (z.B. das freie Schildern einer aktuellen Konfliktsituation mit einer anderen Person), protokollierte Beschreibungen (z.B. anhand von Aufzeichnungen oder von Tagesberichten über zufällige oder absichtlich herbeigeführte Ereignisse), Demonstrationen (z.B. das Nachvollziehen eines Geschehens im Rollenspiel) dokumentierte Berichte (z.B. durch Audio- oder Videoaufnahmen), Äußerungen von Interaktionspartnern (z.B. in der Paar- oder Familiensituation) oder Erhebungen in der Realsituation.

Die gewonnenen Informationen werden zweifellos nicht umso "objektiver", je größer die "Realitätsnähe" ist, da einerseits die jeweils angewendete Methode auf den Untersuchungsgegenstand zurückwirkt und andererseits andere Beteiligte wahrscheinlich divergierende Ansichten von dem Geschehen haben.

Zweitens ist die Bewertung der Informationen erheblich von der theoretischen Perspektive abhängig, insbesondere inwieweit der Beobachter die Kontextabhängigkeit des Erlebens

und Verhaltens miteinbezieht. Ökopsychologisch orientierte Beobachter werden von vornherein die Person in ihren wechselseitigen Umweltbezügen wahrnehmen, als Mitglied z.B. einer bestimmten gesellschaftlichen Gruppe, einer Gemeinde oder einer Familie, und dementsprechend die Analyseeinheiten ausrichten.

In einer Taxonomie von Methoden der Datenerhebung hat Fahrenberg (1983b) versucht, verschiedene diagnostische "Aufgaben", "Datenquellen", "Datenbereiche" und typische Methoden zu systematisieren (vgl. Tab. 6.1 auf der folgenden Doppelseite).

- hier etwa Tab. 6.1 einfügen -

In der Taxonomie wird vor allem die außerordentliche Breite psychodiagnostischer Ansätze gezeigt, die sehr deutlich macht, daß die übliche Test- und Fragebogendiagnostik nur einen kleinen Ausschnitt aus den diagnostischen Zugangswegen abdeckt. Zweitens werden nicht nur intrapsychische Datenbereiche, sondern auch biopsychische (Person-Körper-Beziehungen) und ökopsychische (Person-Umwelt-Beziehungen) einbezogen. Drittens wird demonstriert, daß körperliche Prozesse nicht nur mit Hilfe physiologischer Meßinstrumente, sondern wahrscheinlich sogar sehr viel häufiger durch subjektive Berichte oder Beobachtung erfaßt werden. Auf die psychodiagnostischen Methoden wird im anschließenden Abschnitt 6.3 eingegangen.

Datenebenen:		S e l b s t - B e s c h r e i b u n g e n	
1. Aufgabe für Proband (P), Beobachter (B), Untersucher (U)	Bericht über das vergangene		

Tab. 6.1: Taxonomie von Methoden der Datenerhebung (nach Fahrenberg 1983b, sowie Fiske 1971, Seidenstücker & Baumann 1978)

Fremd-Beschreibungen				physiologische Funktionen medizinische Befunde
Einstufung		Beobachtung oder Registrierung		Registrierung/Beobachtung von somatischen Befunden und Funktionen
vergangenes/gegenwärtiges VERHALTEN einschl. Verhaltensspuren, Texten, Archivdaten u.a. intersubjektiv kontrollierbaren Daten		vergangenes/gegenwärtiges VERHALTEN einschl. Verhaltensspuren, Texten, Archivdaten u.a. intersubjektiv kontrollierbaren Daten		
nein	möglich	nein	möglich	z.T. möglich
Beobachter	Beobachter	Beobachter oder Instrument		Beobachter oder Instrument
Beobachter oder Untersucher	Beobachter oder Untersucher	Beobachter oder Untersucher	Beobachter oder Untersucher	Untersucher
Verhalten in natürlichen und künstlichen Situationen, Handlungen, Reaktionen, nonverbales Verhalten, Fähigkeiten, Interaktions- und Kommunikations-Prozesse. Der Beobachtung bzw. Fremd-Beurteilung zugängliche Ausschnitte der individuellen Lebensbedingungen (Familie, Schule, Beruf, sozioökonomische Verhältnisse usw.), Störungen, Krankheiten.				physiologische Funktionen, biochemische Laborwerte, Organbefunde
<u>Fremd-Einstufungen</u> aufgrund von:		<u>direktive Beobachtung</u> <u>oder apparative Registrierung</u>		medizinische Anamnese (Krankheitsgeschichte) physiologische Registrierungen und Funktionsprüfungen, EEC und evozierte Potentiale, Kreislaufreaktionen, Muskelspannungen, Katecholamine, Kortikosteroide
Inhaltsanalyse von Texten, Archivdaten, Spuren	Verhaltensbeobachtung, Interaktions-, Prozeßanalyse, Testdaten, Interviewverhalten, Selbstbeschreibungen	quantitative Inhaltsanalyse von Texten, Archivdaten, Spuren	Papier- und Bleistift-Tests, apparative Tests, sensorische und motorische Fähigkeitsprüfungen, Situationstests	
implizite Konzepte des Beobachters, Beobachterfehler des Beobachters		Beobachterfehler des Beobachters, Mißverständnis der Instruktionen, Fehlerquellen der Tests und Geräte		Beobachterfehler des Beobachters, Fehlerquellen der Registrierung und Messung, Einflüsse von körperlicher Aktivität, Medikamenten, Genußmitteln usw.

6.3 Methoden der Klinischen Psychodiagnostik

Verschiedene Taxonomien psychodiagnostischer Methoden (s. Bastine 1975, Fahrenberg 1977, Seidenstücker & Baumann 1978) veranschaulichen die wissenschaftliche Entwicklung der Psychodiagnostik und deren Akzentverschiebungen. Gegenwärtig sind vier Trends vorherrschend:

- Aufgrund der großen Bedeutung wenig formalisierter Diagnostika in der klinisch-psychologischen Praxis werden diese sogenannten "weichen" Methoden immer wichtiger (vor allem in Form von Interviews und nichtstandardisierten Selbstberichten; vgl. Jüttemann 1984).
- Gleichzeitig werden für einzelne diagnostische Teilbereiche außerordentlich aufwendige Verfahren entwickelt, die bisher fast ausschließlich in der Forschung eingesetzt werden können, die aber für die Praxis weitreichende Folgen haben werden. Dies betrifft vor allem die Bereiche der Sprach- und Textanalyse (Ericsson & Simon 1980, Kächele & Mergenthaler 1984, Koch 1980, 1986, Schöfer 1980, Viney 1983), der Mimik (z.B. Facial Action Coding System - FACS, Ekman & Friesen 1978), der Körperhaltungen und Körperbewegungen (Frey 1984, Frey et al. 1981), des Sprechverhaltens (Scherer 1986) sowie des interpersonellen Verhaltens. Für diesen gesamten Bereich bürgert sich bereits der eigenständige Begriff der interpersonellen Diagnostik ein (vgl. Kap. 6.4.5; McLemore & Benjamin 1979, oder auch "Interaktionsdia-

agnostik": Haubl & Spitznagel 1983, Kruse 1984, Orlik & Schneider 1984, Sader 1984, Scholz 1982, Diskurs-Analyse: van Dijk 1985).

- Technische Hilfsmittel haben inzwischen eine enorme Bedeutung erlangt; und zwar nicht nur im Bereich der Erfassung biopsychologischer Signale, sondern auch in der Informationserfassung durch Computer (z.B. item-Vorgabe und Antwortregistrierung), der Computer-Auswertungshilfen, sowie der Ton- und Video-Registrierung. Insbesondere die Videotechnik ist für die Erfassung individuellen und interpersonellen Verhaltens unentbehrlich geworden (vgl. Heilveil 1984, Ellgring 1981, zur computergestützten Diagnostik: Themenheft des Journal of Consulting and Clinical Psychology, 53, 745-838, 1985; allgemein zu apparativen Verfahren: Amelang & Nährer 1981, Brickenkamp 1986). Ohne diese technischen Hilfen wären derartige Fortschritte in der Analyse von interpersonellen Prozessen, die natürlich für die Psychotherapie von besonderer Bedeutung sind, gar nicht möglich gewesen.
- Um Methodenfehler auszuschließen, werden häufig unterschiedliche Testverfahren zur Erfassung des gleichen Merkmals eingesetzt. Die multimethodale Diagnostik kommt beispielsweise im Rahmen behavioralen diagnostischen Vorgehens zum Zuge, wenn außer einer Verhaltensbeobachtung auch biopsychische Merkmale und eine Selbstbeurteilung berücksichtigt werden. Keßler (1984) sieht darin sogar drei verschiedene "Typen" behavioraler Diagnostik. Bei vielen klinisch relevanten Merkma-

len wird die Beurteilung durch ein multimethodales Vorgehen mehrfach abzustützen versucht, beispielsweise bei der Erhebung der "Befindlichkeit" nach der Gesundheitsdefinition der WHO: "Wohlbefinden"; Hier werden klinische Interviews, verschiedene Arten von Selbstberichten sowie Verhaltensbeobachtungen erfaßt.

Die folgende Tabelle 6.2 faßt die gegenwärtig in der Klinischen Psychologie verwendeten Methoden zusammen. Anschließend werden die Verfahren einzeln besprochen.

- hier etwa Tab. 6.2 einfügen -

- **Das klinische Interview** ist zweifellos die in der Praxis am häufigsten angewendete diagnostische Methode (vgl. Hersen & Turner 1985). Allgemein ist darunter die Exploration durch geschulte Fachleute anhand mehr oder weniger detaillierter Leitfäden zu verstehen. In einigen werden die zu explorierenden Bereiche einfach ohne weitere Aufschlüsselung angegeben (z.B. Exploration der familiären Vorgeschichte); andere Leitfäden hingegen legen dem Gespräch ein differenziertes, theoriegeleitetes Raster zugrunde. Das Für und Wider der Standardisierung ist durch die Doppelfunktion des Interviews begründet: Einerseits soll sich die Gesprächsführung flexibel an die Gegebenheiten und Bedürfnisse des Gesprächspartners anpassen können, andererseits sollen die Ergebnisse aber auch unverzerrt sein und psychologisch bedeutsam. Daher werden selbst bei offenen Befragungen (sogenannte "qualitative Interviews") Regeln für die Informationserhebung definiert. Auf der Grundlage ausgearbeiteter Leitfäden können die Interviewer geschult

1. Klinisches Interview

Exploration gegenwärtigen und vergangenen Erlebens und Verhaltens durch geschulte Fachleute anhand freier, halb oder voll strukturierter Gesprächsführung

bezüglich:

- Vorgeschichte der Person und der Problematik (Biographie und Anamnese)
- aktuelle Problemsituation, Befindlichkeit, Beschwerden
- das Umfeld der aktuellen Problemsituation: familiärer, beruflicher, partnerschaftlicher, sozialer Lebensbereich, ökologische und situative Bedingungen
- Erwartungen an die Zukunft: Lebenspläne, Ziele, Vorhaben

Beispiele:

Life Event Schedule (Brown & Harris 1978)
Anamnese-Schema (Kemmler 1965)

behavioral: verhaltensdiagnost. Interview
(Lutz 1978)

nosologisch: Psychiatric Status Schedule (PSS)
Present State Examination (PSE)
Diagnostic Interview Schedule (DIS)
(vgl. Band 1, S. 112)

2. Objektive Erhebungen
(bzw. grundsätzlich objektivierbare Angaben)

Erfassen der Lebensdaten aus Archiven, Urkunden, Zeugnissen, Krankenblättern, Arbeitsbescheinigungen

- Personaldaten, Ausbildung, Berufsausübung, Familienstand, körperliche Behinderungen und Krankheiten
- Sozioökonomische Lebensbedingungen
Wohn- und Arbeitsverhältnisse, soziale Kontakte

3. Nicht-standardisierte Selbstberichte

- Autobiographische Berichte, Tagebücher, Briefe, Werke
- Schilderungen der eigenen psychosozialen und körperlichen Entwicklung
- Erlebnis- und Verhaltensbeobachtungen

4. Standardisierte Selbstberichte: Fragebögen und Selbstbeurteilungsskalen

- Symptom- und Beschwerde-Inventare, Anamnesebögen, Inventare zur Lebens-, Berufs-, Familiensituation
- Befindlichkeits-, Stimmungsskalen, Semantische Differentiale, Q-Sortierungen, Skalen zur sozialen Unterstützung
- Persönlichkeitsfragebögen (ein- und mehrdimensional)

Selbstbeschreibungen und -beurteilungen aus subjektiver Sicht in Form von Erzählungen, Texten, Ton- und Filmaufnahmen u.ä.

Psychologisch konstituierte und empirisch überprüfte Fragebögen und Skalen

Beispiele:

Freiburger Beschwerden-Liste (FBL-Fahrenberg 1975)
Hopkins-Symptom Checklist (HSCL-Derogatis et al. 1974)

Befindlichkeitsskala (Bf-S - Zerssen 1976)
Eigenschaftswörterliste (Janke & Debus 1978)
Fear Survey Schedule (FSS III - Wolpe & Lang 1964)

Freiburger Persönlichkeitsinventar (FPI-Fahrenberg et al. 1984)

Minnesota Multiphasic Personality Inventory (MMPI - Hathaway & McKinley 1951, 1963)
(vgl. Band 1, S. 110-111)

5. Psychologische Tests

Erfassen von Verhaltensstichproben in
standardisierten künstlichen Situationen

Beispiele:

- Tests zur Erfassung allgemeiner Persönlichkeitsmerkmale (Verhaltensstile, "Temperament", Motive und Psychodynamik)
 - Sogenannte projektive Tests der Persönlichkeit
 - Sogenannte objektive Tests der Persönlichkeit
- Tests zur Erfassung der allgemeinen Intelligenz und Kreativität
- Tests zur Erfassung der allgemeinen und der schulischen Entwicklung
 - Entwicklungstests
 - Schultests
- Tests zur Erfassung spezieller Funktionen und Fähigkeiten, z.B.
 - Wahrnehmungsleistungen
 - Informationsaufnahme und -verarbeitung
 - Visuell-motorische Koordination
 - Konzentrationsleistung und Gedächtnis
 - Mechanisch-technisches Verständnis

TAT, Rorschach

Objektive Testbatterie
(OA-TB75 - Häcker et al. 1975)

Aachener Aphasie-Test AAT - Huber et al. 1983

6. Verhaltensbeobachtung

Erfassung des Verhaltens durch teilnehmende oder
unabhängige Beobachter (Fremdbeobachtung)

Beispiele:

- Freie Verhaltensbeschreibung
- Gezielte Verhaltensbeobachtung in definierten Situationen mit typischen Leistungs- und Interaktionsanforderungen; anschließende Beurteilung anhand von Categoriesystemen oder Eigenschaftsskalen oder Syndromlisten

Beobachtung des Verhaltens im Interview
Beobachtung interaktionellen Verhaltens im Rollenspiel (Sader 1984)
Structural Analysis of Social Behavior (SASB - Benjamin 1982)
AMDP-System (1979; Baumann & Stieglitz 1983)

- Analyse sprachlichen Verhaltens
(in mündlicher und schriftlicher Form)
- Analyse nonverbalen Verhaltens,
z.B. Gesichtsmimik
Gestik, Körperhaltung,
Handschrift
paraverbale Äußerungen
(Stimme u.a.)

Inhaltsanalyse/Textanalyse (Ericson & Simon 1980)
Gottschalk-Gleser-Verfahren
(Schöfer 1980; Koch (1986)

Facial Actions Coding System
(FACS - Ekman & Friesen 1978)
Berner System (Frey 1984)

Evokatives Verhalten (Rice et al. 1979)

7. Psychophysiologische und neuropsychologische Methoden

Erfassen von psychophysiologischen und neuropsychologischen Aktivitäten, meist anhand apparativer Hilfsmittel

- elektromagnetische, mechanische und elektrodermale Erhebungsverfahren
- Verfahren zur Erfassung zentralnervöser Aktivitäten und deren psychischer Korrelate

Beispiele:

Elektronencephalogramm (EEG), Blutdruckmessung,
Hautwiderstandsänderungen
Links-rechts-hemisphärische Leistungen

8. Informationsträger als psychodiagnostische Hilfsmittel

Registrierung und Auswertung psychischer Aktivitäten mittels elektronischer/fotochemischer Datenträger

- Computergestützte Informationserhebung und -auswertung
- Tonband
- Video und Film

Beispiel:

nosologisch: Diagno I (Spitzer & Endicott 1969)
zur Auswertung: Hypothesenagglutination
(Hypag - Wottawa & Hossiep 1987)

Video: Heilveil (1984)

Tabelle 6.2: Methoden der klinischen Psychodiagnostik (modifiziert nach Fahrenberg 1977)

und die Qualität einer Befragung beurteilt werden (Lutz 1978). Erhebliche Unterschiede bestehen in der Art der Auswertung der Gespräche, die von einer einfachen Schilderung der Ergebnisse bis hin zur Erstellung von formalisierten Modellen reicht (z.B. in der Verhaltensanalyse in Form eines hypothetischen Bedingungsmodells, vgl. Kap. 6.4.1).

Das klinische Interview ist zweifellos diejenige Methode, bei der die Unterschiede zwischen den Therapieschulen am deutlichsten hervortreten. Wie etwa die Probleme konzeptualisiert werden (z.B. als "intrapsychische" oder als Probleme der Person-Umwelt-Beziehung), welche Betonung die Genese oder die aktuellen Bedingungen der Problematik erhalten usw., wird in den schulengeleiteten Interviews sehr unterschiedlich behandelt (vgl. Kap. 6.4).

- **Objektive Erhebungen** (z.B. Daten aus Zeugnissen oder Krankenakten) bevorzugen klinische Psychologen vor allem dann, wenn die Probanden aufgrund ihrer Störungen nicht oder nur begrenzt auskunftsfähig sind, oder wenn berechtigte Zweifel an der Antwortbereitschaft bestehen. Da diese Informationen mit weniger Aufwand meist auch aus anderen Quellen zu gewinnen sind, z.B. durch die Befragung von Angehörigen, wird dieses methodische Vorgehen nur selten realisiert.

- Unter **nicht-standardisierten Selbstberichten** versteht man Verfahren wie autobiografische Berichte, Briefe und bildliche Darstellungen (Zeichnungen, Filme, Photos). Diese Informationen erschließen vor allem das unmittelbare, psychologisch ungeschulte Wissen des Probanden, dessen subjektive Erklärungen, sowie sein Bedingungswissen. Für die Be-

handlung kann sich daraus ergeben, ob der in Aussicht gestellte professionelle Behandlungszugang überhaupt vereinbar ist mit der Weise, wie der Klient sein Problem selbst sieht.

Die Informationen aus nicht-standardisierten Selbstberichten werden häufig in nicht-formalisierter Weise ausgewertet ("Eindrucksbildung"). Als ein methodisch "weiches" Verfahren dient es vorwiegend der Vorstrukturierung des weiteren diagnostischen Vorgehens und der Hypothesenbildung.

- **Standardisierte Selbstberichte** sind schriftliche Befragungen in Form von Fragebögen, Skalen oder Inventaren, mit denen psychologische Merkmale oder Ereignisse mit empirisch überprüften Methoden erhoben werden. Der Proband nimmt eine subjektive Beschreibung des eigenen Verhaltens und Erlebens vor, wobei das Testziel durchaus aus den Frageinhalten erschlossen werden kann. Durchführung, Auswertung und Interpretation der Fragebogenergebnisse sind standardisiert. Überblicke über Fragebögen und subjektive Tests im klinisch-psychologischen Bereich geben u.a. Bastine 1975, Cartwright & Weisz 1984, Gynther & Green 1982, Häcker & Schwenkmezger 1984, Mittenecker 1982, Shraugher & Osberg 1981, Tasto 1977.

Die Erhebungsmodalitäten für standardisierte subjektive Berichte sind außerordentlich vielfältig und reichen von einfachen Inventaren über Skalen bis hin zu komplexen Persönlichkeitsfragebögen. Ebenso vielfältig wie die methodischen Ansätze sind die inhaltlichen Bereiche, für die diese Verfahren konstruiert wurden. Gut erprobte Instrumente liegen

im Deutschen beispielsweise zur Erfassung von folgenden Merkmalen und Merkmalsbereichen vor:

- Kritische Lebensereignisse:
Filipp 1979, Münchener Ereignisliste MEL - Maier-Diewald, Wittchen, Hecht & Werner-Eilert 1983, Dehmel & Wittchen 1984.
- Befindlichkeit, Wohlbefinden, körperliche Beschwerden:
Freiburger Beschwerden-Liste FBL - Fahrenberg 1975, Befindlichkeitsskala Bf-S Zerssen 1976, 1979.
- Stressverarbeitung:
Stressvorbereitungsfragebogen SVF - Janke, Erdmann & Kallus 1985,
- Ökopsychologische Beurteilungen:
Stationsbeurteilungsbogen SBB - Engel, Knab & Doblhoff-Thun 1983,

Mit Hilfe von Persönlichkeitsfragebögen werden zeitlich stabilere Merkmale der Selbstsicht und -interpretation erhoben, die eine Einordnung des Probanden in persönlichkeits-theoretisch begründete Kategorien erlauben.

Klinisch-psychologisch bedeutsam sind ferner störungsspezifische Verfahren, wie etwa das Fear Survey-Schedule (FSS III Wolpe & Lang 1964: deutsch in Schulte 1974). Vor allem für Ängste und Depressivität, aber auch für (mangelnde) Assertivität und andere klinische Störungsbereiche sind inzwischen zahlreiche Verfahren entwickelt worden (s. Kap. 6.5).

• Als **Psychologische Tests** sind hier Verfahren zusammengefaßt, mit denen Verhaltensweisen in standardisierten künstlich erzeugten Situationen erhoben werden. Gegenüber den standardisierten Selbstberichten unterscheiden sie sich nur

dadurch, daß die psychologische Bedeutung der erfaßten Verhaltensweisen für den Probanden weniger durchschaubar sein soll (zur Übersicht vgl. Buttgereit 1980). Intendiert ist die geringe Durchschaubarkeit einerseits bei den projektiven und thematischen Verfahren (Groffmann & Michel 1983b, Hörmann 1982, Spada & Seidenstücker 1980, Stäcker 1984), andererseits bei den sog. objektiven Persönlichkeitstests (vgl. Häcker 1982, Häcker & Schmidt 1984, Schmidt, Häcker & Schwenkmezger 1985). Die in der Tradition Cattells (1958, 1965) und Eysencks (1960) entwickelten objektiven Persönlichkeitstests sind Verfahren, mit denen persönlichkeits-spezifische Varianzen anhand von sensumotorischem Wahrnehmungs- oder Lernverhalten erfaßt werden sollen (vgl. Schmidt 1975). Auch die diagnostischen Untersuchungen der experimentellen Psychopathologie, in denen Störungen der Informationsverarbeitung aufgespürt werden, sind in diesem Sinn objektive Verfahren (Wittchen & Rey 1984; vgl. Band 1 S. 147-149). Für die Untersuchung spezieller Störungen sind derartige Funktions- und Leistungsprüfungen unentbehrlich, etwa bei der Prüfung zentralnervöser Schädigungen (z.B. nach Unfall oder Infektionen), zerebrovaskulärer Vorfälle oder hirneengender Prozesse (Wittling 1980b, 1983). Zur Differentialdiagnose und der zentralnervösen Lokalisierung dieser neuropsychologischen Störungen sind Tests entwickelt worden, die u.a. bei der Untersuchung von Aphasien eingesetzt werden (vgl. Orgass 1975, Aachener Aphasie Test AAT-Huber, Poeck, Weniger & Willmes 1983). Mit zunehmenden neuropsychologischen Erkenntnissen dürfte die Entwicklung die-

ser Testverfahren in Zukunft eine noch größere Bedeutung gewinnen.

- Die **systematische Verhaltensbeobachtung** durch teilnehmende oder außenstehende Beobachter hat - verbunden mit dem Aufkommen der Verhaltenstherapie - einen enormen Aufschwung in ihrer methodischen Ausarbeitung und praktischen Verbreitung erfahren (Cone & Foster 1982, Hasemann 1983, Schaller 1980, Schaller & Schmidtke 1983). Systematische Verhaltensbeobachtungen sollen die jeweiligen Aktivitäten einer Person möglichst phänomennah und situationsspezifisch erfassen. Westmeyer & Manns (1977) weisen jedoch ausdrücklich auf die notwendige theoretische Verankerung von Beobachtungsverfahren hin, sowie auf die Beziehungen zwischen grundwissenschaftlichen Theorien, Ätiologie- und Therapie-theorien: Auf dem Objektniveau (O) sind die tatsächlichen Ereignisse (Verhalten von Klient und Therapeut und deren Interaktion) anzusiedeln, die mittels Abstraktion auf die Beschreibungsebene D (Daten-Niveau) übertragen werden, wobei diese Vermittlung sowie die verwendeten diagnostischen Verfahren bereits durch das gewählte theoretische Modell vorbestimmt werden, z.B. durch die verhaltenstherapeutische Verhaltensanalyse (vgl. Kap. 6.4.1). Die Verhaltensbeschreibungen werden dann auf dem Hypothesenniveau (H) zu Annahmen über das individuelle Verhalten abstrahiert. Diese idiographischen Theorien können sich sowohl auf ätiologische als auch auf therapeutische Tatbestände beziehen. Systematische Verhaltensbeobachtungen sind keineswegs ohne ihre theoretischen und technologischen Bezüge zu reflektieren, d.h., daß "mit einem Beobachtungsverfahren eigentlich

so etwas wie eine Beobachtungssprache partiell konstituiert wird" (Westmeyer & Manns 1977, 254; Hervorhebung von R. B.).

Für die methodische Durchführung ist genau zu definieren, welcher Erhebungsmodus (Fremd- oder Selbstbeobachtung), welche Art der Kontrolle externer Bedingungen (z.B. geplante vs. natürliche Situationen), welche Beobachtungseinheiten, welche Registrier- und welche Auswertungsmethoden gewählt werden sollen (Cone & Foster 1982, Schaller 1980). In jedem dieser Bereiche können damit natürlich auch Fehler auftreten, die die Replizierbarkeit oder Validität der Daten gefährden. Auf das Problem der Beobachterfertigkeiten und deren Ausbildbarkeit geht Boice (1983) ein. Als gesichert gilt, daß Beobachtung und Registrierung selbst bereits verhaltensändernd wirken können (vgl. Kap. 6.6).

Innerhalb dieses methodischen Zugangs wurden in den letzten Jahren häufig auch Beobachtungssysteme entwickelt, die sich auf spezielle Verhaltensparameter konzentrieren, insbesondere auf die Analyse verbalen, paraverbalen (z.B. Stimme) und nonverbalen Verhaltens (wie z.B. Mimik und Körperbewegungen). Diese Methoden werden wegen ihres großen Erhebungs- und Auswertungsaufwandes derzeit vorwiegend zu Forschungszwecken eingesetzt. Beispiele für ihre klinisch-psychologische Anwendung finden sich bei Fisch, Frey & Hirsbrunner (1983), Henry, Schacht & Strupp (1986), Kächele & Mergenthaler (1984), Krause (1981), McLemore & Benjamin (1979).

Die Bedeutung dieser methodischen Ansätze liegt zunächst darin, Aufschluß über Erlebnis- und Verhaltensweisen einer Person zu bekommen, über die diese selbst nicht oder nur

begrenzt Auskunft geben kann. Dies betrifft vor allem die Analyse von Affekten (einschließlich emotionaler Konflikte) und von Kommunikations- und Interaktionsstrukturen. Neben diesen diagnostischen Aspekten können die Methoden in Forschung und Ausbildung vielfach genutzt werden, beispielsweise zur Untersuchung der Affektregulation psychisch gestörter Personen, zur Analyse therapeutischer Interaktionen sowie bei Ausbildung, Training und Supervision klinischer Psychologen und Psychotherapeuten. Darüber hinaus ergeben sich Verbindungen zur Grundlagenforschung, z.B. zur Neuropsychologie von Gesichtsausdrücken (vgl. Rinn 1984).

• **Psychophysiologische und neuropsychologische diagnostische Methoden** zielen besonders auf die Verbindung zwischen biologischen Körpersignalen und psychischen Merkmalen einer Person ab (vgl. auch Sorgatz 1979: "Biometrische Psychopathologie"). Während die psychophysiologischen Indikatoren vor allem zum Erfassen von Prozessen der Aktivierung (Anspannung - Entspannung, Schlaf - Wachheit, Belastung - Beanspruchung: "stress & strain", Emotionen und Stimmungen) herangezogen werden (Fahrenberg 1983a), dient die neuropsychologische Methodik hauptsächlich der Diagnostik funktionaler Leistungsfähigkeit und Organisationsweisen sowie der Analyse und Lokalisation funktionaler Defizite des zentralen Nervensystems (Wittling 1980b, 1983). Hirnelektrische Indikatoren, vor allem des Elektroenzephalogramms (EEG), stellen innerhalb dieses letzten Bereichs einen besonders wichtigen Zugang dar (vgl. Rösler 1983).

In der kritischen Betrachtung dieser Ansätze kommt Fahrenberg (1983a, 114) zu dem Schluß, daß "...einfache Rück-

schlüsse von psychologischen auf physiologisch-biochemische Zustandsmerkmale oder umgekehrt ... nicht gerechtfertigt (sind)", so daß es außerordentlich schwierig sei, aus der Laborforschung tragfähige Konzepte für aktuelle Aufgaben im Bereich von Prävention, Psychosomatik, Rehabilitation und Verhaltensmodifikation abzuleiten. Die bisher noch am Anfang ihrer Entwicklung stehende Forschung müßte sich zunächst mit gründlichen multivariaten Deskriptionen und genaueren, geltungsbereichsspezifischen Analysen beschäftigen. Schließlich fehlen auch präzise Operationalisierungen der Annahmen über die Variablenzusammenhänge sowie eine stärkere Orientierung an härteren bzw. plausibleren Außenkriterien.

● **Technische Hilfsmittel** der klinischen Psychodiagnostik sind vor allem durch zwei Entwicklungen bedeutsam geworden: Computer sowie Audio-, Video- und Filmtechnik.

Die computergestützte Psychodiagnostik hat heute vielfältige Funktionen, die zweifellos das Potential dieser Hilfsmittel noch nicht annähernd ausschöpfen (Butcher, Keller & Bacon 1985; vgl. auch Kap. 6.8). Für eine Reihe von Testverfahren sind beispielsweise computergestützte Testinterpretationen erarbeitet worden, durch die die Auslegung der Testdaten erleichtert wird. Im englischen Sprachraum gibt es bereits mehrere, miteinander konkurrierende Systeme zur MMPI-Interpretation (vgl. Fowler 1985). Darüber hinaus werden Computer eingesetzt bei der direkten "Befragung" der Patienten zur Krankengeschichte, bei der Verhaltensanalyse

oder zur Erstellung einer psychiatrischen Diagnose (Erdman, Klein & Greist 1985).

Unter dem Begriff des adaptiven Testens werden Verfahren zusammengefaßt, bei denen die Probanden unterschiedliche Sätze von Testitems erhalten. Die Zusammenstellung der Testitems richtet sich jeweils nach den individuellen Fähigkeiten des Probanden in den zu messenden Testmerkmalen (Weiss 1985). Dazu sind bisher vor allem Verfahren zur Erfassung des Leistungsverhaltens entwickelt worden (z.B. auf der Grundlage des Stanford-Binet Intelligenz Tests); es ist jedoch leicht vorstellbar, daß mit einem solchen Vorgehen auch andere klinisch-psychologische Erhebungen wesentlich verkürzt werden könnten. Eine allgemeine Schwierigkeit der klinischen Psychodiagnostik liegt ja häufig darin, daß für eine Behandlung einerseits globale Informationen (z.B. über die Befindlichkeit, Selbstwerteinschätzung, soziale Bezüge usw.), andererseits aber recht spezifische Informationen benötigt werden, etwa über differenzierte Erscheinungsweisen und Bedingungen eines depressiven Stimmungszustandes. Ein gut entwickeltes adaptives Testsystem erspart das Erfassen irrelevanter Aspekte und erleichtert zugleich die Ergebnisinterpretation und -übermittlung, die beispielsweise durch graphische Darstellungen erfolgen können.

Der psychodiagnostische Einsatz von Computern ist jedoch mit einer Reihe bisher kaum gelöster Probleme verbunden. An herausragender Stelle stehen dabei rechtliche und ethische Bedenken, vor allem des Mißbrauchs personenbezogener Daten (Datenschutz), des angemessenen Einsatzes der Testverfahren (berufsrechtliche Fragen; Copyright), der unterschiedlichen Akzeptanz von Computern bei Probanden und Professionellen,

bezüglich des Fehlens eines menschlichen Gesprächspartners, der Übertragbarkeit von schriftlicher auf Computer-Vorgabe usw. (vgl. Burke & Normand 1987).

Andererseits scheint die Möglichkeit, über den Computer unangenehme und peinliche Dinge gewissermaßen neutral mitzuteilen, zumindest gelegentlich auch als erleichternd betrachtet zu werden. So führten in den USA computergesteuerte Befragungen zu höheren Angaben über den Alkoholkonsum und einer genaueren Beantwortung von begangenen Straftaten, Blackouts beim Trinken, gelegentlicher Impotenz usw. (vgl. Erdman et al. 1985). Die Furcht vor Achtungsverlust oder persönlicher Ablehnung hemmt offenbar das Mitteilen derart tabuisierter Informationen selbst gegenüber professionell in diesem Bereich tätigen Personen, von denen ein Klient Hilfe erwartet. Allerdings lassen die vorliegenden spärlichen Untersuchungsergebnisse bisher keine eindeutigen Schlußfolgerungen zu.

Audio-, video- oder filmgestützte Psychodiagnostik findet ihren Einsatz hauptsächlich dort, wo Mikroanalysen des Verhaltens und Erlebens durchzuführen sind. So kann die differenzierte Erforschung der komplexen und schnell ablaufenden Prozesse in der Psychotherapie - sowohl der einzelnen Beteiligten wie deren Interaktion - kaum erfolgversprechend sein ohne technische Hilfsmittel, die die Reproduzierbarkeit und zeitliche Verzögerung des Geschehens ermöglichen. Ton-, Video- oder Filmaufnahmen sind damit zu unentbehrlichen Grundlagen der Feinanalyse psychotherapeutischer Prozesse geworden.

Für das Training und die Ausbildung von Therapeuten wurde das Interpersonal Process Recall (IPR; Elliot 1984, 1986, Kagan 1975) entwickelt. Durch das videokontrollierte Einüben therapeutischen Verhaltens, das durch das vorsichtig nachforschende Fragen eines "Inquirer" unterstützt wird, kann der künftige Therapeut eine Vielzahl von Lernmöglichkeiten nutzen: Durch das unmittelbare Feedback der Beobachtung eigenen Verhaltens, durch die Schärfung der Wahrnehmung und dem Fokussieren von Teilprozessen, durch das Verbalisieren von Gefühlen und Gedanken, die während einer Sequenz unausgesprochen blieben ("Recall"), durch Feedback des "Inquirer" und anderen Ausbildungskandidaten. In ähnlicher Weise läßt sich die Videotechnik auch verwenden, um therapeutische Veränderungen in der Einzeltherapie (gelegentlich auch als "Selbstkonfrontation" bezeichnet), in der Paar-, Gruppen- oder Familientherapie zu erreichen.

Die Untersuchungsprozeduren werden auch als Selbstkonfrontationsinterviews, stimulated recall oder Nachträgliches lautes Denken bezeichnet (vgl. Kalbermatten 1982, Kommer & Bastine 1983).

Bei vielen der hier aufgeführten diagnostischen Methoden - bei Interviews, objektiven Erhebungen, bei Selbstberichten und Verhaltensbeobachtungen - ist meistens anschließend an die Datenerhebung eine Beurteilung der Ergebnisse anhand psychologischer Kategorien notwendig, d.h. daß die Daten nach psychologischen Merkmalen einzuordnen sind. Die strukturierte Beurteilung, die als Rating bezeichnet wird, erfolgt meist durch geschulte Personen (Experten), die über das notwendige Hintergrundwissen für ihre Skalierung und

oft auch über Erfahrungen mit dem jeweiligen Rating-Verfahren verfügen. Rating-Verfahren werden auf der Basis von Fremd- aber auch Selbstbeobachtungen in der Klinischen Psychologie häufig verwendet (vgl. Cartwright & Weisz 1984, Hasemann 1983, Keßler & Schmidt 1984, Ponterotto & Furlong 1985, Wittenborn 1984).

Erfreulich an dem weiten Spektrum verschiedener psychodiagnostischer Methoden ist zweifellos die dem Diagnostiker gegebene Möglichkeit, ein für seine Zwecke geeignetes Meßverfahren auswählen zu können. Vorausgesetzt wird dabei jedoch die Bereitschaft, aus den verstreuten Quellen das Geeignete herauszusuchen; das Fehlen eines aktuellen Handbuchs für die klinische Psychodiagnostik macht sich hier sehr bemerkbar.

Andererseits ist das Zusammenstellen "multimethodaler" Testbatterien auch nicht unproblematisch, da die Probanden ein erhebliches Maß an Geduld, Zeit und Mühe aufwenden müssen. Zudem kann ein mehrfaches Erheben ähnlicher Merkmale selbst wieder zu unliebsamen Reaktionen führen, z.B. Testverweigerungen oder Reaktanz, wenn die Probanden sich kontrolliert fühlen.

Für die Interpretation der Befunde ist das multimethodale Vorgehen nur dann kein Problem, wenn die auf verschiedene Weise erhobenen Daten übereinstimmen; andererseits wird ein tatsächlicher Informationsgewinn nur erzielt, wenn diskrepante Daten auftreten, die im Rahmen einer umfassenden diagnostischen Theorie auch interpretiert werden können. Ob diese Voraussetzung gegeben ist, ist jeweils kritisch zu prüfen.

Die multimethodale Diagnostik darf nicht dazu verleiten, die Zulänglichkeit einzelner Methoden ungeprüft vorauszusetzen. Wie beispielsweise Eisenberg & Miller (1987) kürzlich zeigen konnten, ist die Erfassung von Empathie über Bilder-Geschichten offenbar weniger geeignet als andere Methoden, die prosozialen und kooperativen Aspekte der Empathie festzustellen. Bei der Auswahl der diagnostischen Verfahren ist also jeweils deren Zulänglichkeit genau zu begründen.

6.4 Die Theorieabhängigkeit klinischer Psychodiagnostik

Die theoretische Perspektive eines Untersuchers und die mit ihr verbundenen Zielvorstellungen bedingen auch die Art der psychodiagnostischen Ansätze und Verfahren. So sind beispielsweise unter einem interpersonellen oder systemtheoretischen Gesichtspunkt die Interaktionen einer Person mit ihrer Umwelt von besonderer Bedeutung, während eine kognitionstheoretische Perspektive die Gedanken, Vorstellungen und Pläne einer Person fokussieren wird. Idealerweise wird man unter der ersten Perspektive die Beobachtungen und Einschätzungen anderer Personen einbeziehen; ein derartiges Vorgehen liegt einer kognitiv orientierten klinischen Diagnostik eher fern.

In Forderungen nach einer theoriegeleiteten Diagnostik werden meistens nur deren Vorteile herausgestellt, nämlich die an wissenschaftlichen Zielen ausgerichtete, kontrollierte und systematische Vorgehensweise (vgl. Jüttemann 1984, Perrez & Waldow 1984). Die Probleme setzen dann jedoch bei der Auswahl und Begründung der Theorien ein und bei dem Unterfangen, das Nebeneinander verschiedener Ansätze zu bewältigen. Da keine umfassende Meta-Theorie zur Verfügung steht, werden vorzugsweise Partiallösungen angestrebt, die sich an spezifischen Ätiologietheorien orientieren (vgl. Kap. 6.5).

In diesem Abschnitt werde ich die psychodiagnostischen Ansätze einiger ausgewählter theoretischer Modelle darstellen und anhand von Beispielen veranschaulichen.

6.4.1 Verhaltensdiagnostik

Der verhaltenstheoretische diagnostische Ansatz hat sich aus der Verbindung persönlichkeitspsychologischer Modelle mit frühen lernpsychologischen Konzepten entwickelt. In Band 1 sind die allgemeinen Grundlagen dieses Modells (S. 62-66) und die konditionierungstheoretischen Störungstheorien (S. 182-192) dargestellt. Im Mittelpunkt dieses Ansatzes steht ein funktionales Modell gegenwärtigen Verhaltens, mit dem das beobachtbare Verhalten im Hinblick auf dessen Umweltabhängigkeiten analysiert wird. Psychische Störungen werden innerhalb dieses Rahmens als Verhaltensdefizite (z.B. mangelndes Durchsetzungsverhalten) oder Verhaltensexzesse (z.B. übermäßig phobische Verhaltensweisen) aufgefaßt und den persönlichen Kompetenzen, als den herausgehoben "gesunden" Anteilen, gegenübergestellt (Verhaltensaktiva oder individuelle Stärken). Die funktionalen Beziehungen zwischen Person und Umwelt werden weitgehend in auslösenden und konsequenten Person- und Umweltgegebenheiten gesehen. Vergangene Erfahrungen und die Genese einer Störung erscheinen in diesem konzeptuellen Rahmen als Lerngeschichte; ein Beispiel für deren diagnostische Erfassung ist der Fra-

gebogen zur Lebensgeschichte (Deutsche Gesellschaft für Verhaltenstherapie 1978b).

Innerhalb des Bedingungsgefüges, in das gestörte Verhaltensweisen eingebettet sind, werden kognitive und andere erlebnismäßige sowie organismische Faktoren in erster Linie als Mediatorvariablen aufgefaßt, die die funktionalen Beziehungen zwischen Verhalten und Umwelt modifizieren. Im Vergleich zu zeitstabilen und situationsübergreifenden Merkmalen, die im Rahmen der Persönlichkeitsdiagnostik erfaßt werden, liegt die Betonung hier auf Veränderungen und individuellen Prozessen des Lernens.

Die auf dieser Grundlage entwickelte Verhaltensanalyse ist als eine formale Konzeption zu verstehen, mit deren Hilfe ein individuelles Bedingungsmodell gestörten Verhaltens erstellt werden kann. Da nicht nur die gegenwärtige Problemsituation, sondern auch die Behandlungsziele und konkreten Behandlungsschritte daraus abgeleitet werden, dient das Bedingungsmodell gleichzeitig der Definition und funktionalen Erklärung der psychischen Problematik wie der allgemeinen und konkreten Planung der Behandlung. Die Analyse führt zu hypothetischen Modellen und sieht damit vor, daß weitere Erkenntnisse aufgrund neuer diagnostischer Informationen oder aus dem Fortgang der Behandlung kontinuierlich eingearbeitet werden. Diagnostisches und therapeutisches Geschehen sind dabei so eng miteinander verschränkt, daß von einem diagnostisch-therapeutischen Prozess gesprochen wird.

In ihrem grundlegenden Beitrag haben Kanfer & Saslow (1969/1974) zur Beschreibung der Bedingungsanalyse eine Formel vorgeschlagen, die als Verhaltensgleichung bezeichnet wird.

S - O - R - K - C
 Stimulus Organismus Reaktion Kontingenz Konsequenz

In dieser "Gleichung" sollen die funktionalen Beziehungen des Verhaltens symbolisiert werden, ohne daß tatsächlich eine Gleichung im mathematischen Sinne vorliegt. R (= Reaktion) steht für das problemrelevante Verhalten, das in seinen funktionalen Zusammenhängen beschrieben werden soll. Es wird ausgelöst durch bestimmte Situationsmerkmale (S = Stimuli), die auf bestimmte organismische Bedingungen treffen (O = psychophysiologische Bedingungen wie z.B. Erschöpfung). Andererseits wird das problemrelevante Verhalten auch durch nachfolgende positive, neutrale oder negative Bedingungen (C = Konsequenzen) beeinflusst, die in unterschiedlicher Kontingenz auf das Verhalten folgen (K = Häufigkeit und zeitliche Aufeinanderfolge der Konsequenzen).

Für das praktische Vorgehen anhand der funktionalen Verhaltensanalyse haben Kanfer & Saslow (1969/1974) sechs Bereiche mit jeweils detaillierten Fragestellungen definiert:

- Anfangsanalyse und Klärung der Problemsituation
- Motivationsanalyse
- Analyse der Entwicklung
- Selbstkontrolle über das problematische Verhalten
- Analyse der sozialen Beziehungen
- Analyse der sozialen, kulturellen und physischen Umwelt.

Dieses Analyseschema wurde von Schulte (1974a) weiter ausgearbeitet.

Zusammenfassende Darstellungen zur Verhaltensanalyse finden sich u.a. bei Bayer 1974, Goldfried 1976, Goldfried & Kent 1972/1974, Goldfried & Sprafkin 1976, Kanfer & Saslow 1969/1974, Schaller & Schmidtke 1983, Schmook, Bastine, Henkel, Kopf & Malchow 1974, Schulte 1974a, 1986.

In der Bewertung des verhaltensanalytischen Ansatzes hat Kaminski (1976) die Verhaltensdiagnostik zu Recht als eine Reaktion auf die Anwendungseinschränkungen der traditionellen Psychodiagnostik bezeichnet: In der traditionellen Diagnostik war das Bemühen weitgehend darauf gerichtet, Schwächen und Risiken zu vermeiden, indem der Verbesserung methodischer Gütekriterien (Objektivität, Zuverlässigkeit, Gültigkeit) der Praktikabilität und geringen Aufwendigkeit der Verfahren Vorrang eingeräumt wurde. "Die strikte Einhaltung dieser Gütekriterien erzwingt eine bestimmte Gestaltung diagnostischer Prozesse (und Situationen) und restringiert gleichzeitig die Variabilität ihrer wesentlichsten Komponenten. Zugleich wird damit der mögliche Anwendungsbereich psychologischer Diagnostik erheblich eingengt" (Kaminski 1976, 59).

Zu den Stärken der Verhaltensdiagnostik zählen daher für Kaminski die enge konzeptuelle Verbindung mit der Planung und Realisierung klinisch-psychologischer Tätigkeit (Anwendung), die Konzentration auf änderbare Systeme im Individuum, die individualspezifische Orientierung und ihre ökologische Validität (d.h. die Analyse der Person im ökologischen Kontext). Aufgrund dieser Stärken hat die Verhaltensanalyse zweifellos dazu beigetragen, wieder ein stärkeres Interesse an der Psychodiagnostik zu wecken. Außerdem ist

das Bemühen um eine möglichst deskriptive, phänomennahe Erfassung klinischer Störungen positiv zu werten, da sie der Realitätsferne der sonst vorherrschenden Modelle wirkungsvoll gegenzusteuern half. Obwohl auch im verhaltensanalytischen Ansatz die normativen Aspekte der Störungsdefinition außer acht gelassen wurden, hat die explizite Analyse der Behandlungsziele auf diese Fragen wenigstens aufmerksam gemacht; gleichzeitig wurde dadurch die therapeutische Zielsetzung transparenter. Ein weiterer Fortschritt liegt darin, daß die ökopsychologische Orientierung den Blickwinkel für gemeindepsychologische, epidemiologische und Indikationsfragen öffnet (vgl. u.a. Schmook, Bastine, Henkel, Kopf & Malchow 1974).

Die Kritik an der Verhaltensanalyse ist einerseits wissenschaftstheoretisch-methodologisch, andererseits klinisch begründet.

Wissenschaftstheoretisch läßt sich die Behauptung nicht aufrecht erhalten, daß die ideographische Bedingungsanalyse eine direkte Anwendung der Verhaltenstheorien darstellt (Westmeyer 1976, 1978). Zudem darf die Anwendungsrelevanz keineswegs dazu führen, auf eine methodische Kontrolle zu verzichten. Der übliche Verweis auf eine "inhaltliche Validität" des Vorgehens reicht zur Feststellung der Gültigkeit keineswegs aus (vgl. Haynes 1978).

Vom klinischen Geltungsbereich her erscheint das Vorgehen reduktionistisch: Insbesondere fehlt eine adäquate Erfassung erlebnismäßiger (kognitiver, emotionaler und motivationaler), biopsychologischer und interpersoneller Bedingungen und Prozesse. Aber auch die Reflexion der normativen

Bedingungen ist im Rahmen des Modells nicht möglich. Schließlich erschwert das weitgehende Fehlen einer klinischen Störungstheorie die Integration klinischen Erfahrungswissens, wenn z.B. die Frage zu beantworten ist, warum bestimmte Bedingungen bei einer Störung besonders beachtenswert sind, bei einer anderen dagegen nicht.

Die Weiterentwicklungen der Verhaltensdiagnostik konnten einem Teil der klinisch und der methodisch begründeten Einwände begegnen. Das verhaltensdiagnostische Vorgehen wird heute weitgehend abgestimmt auf den zu untersuchenden Störungsbereich (vgl. "Störungsspezifische Diagnostik", Kap. 6.5). Darüber hinaus wurden die Grundlagen des Modells - vor allem durch kognitive Theorien - erweitert, (vgl. "Kognitiv-behaviorale Diagnostik" in Kap. 6.4.2). Methodische Probleme werden durch systematische Analysen und Verbesserungen einer sehr breiten Palette von Erhebungstechniken beseitigt. Dabei werden u.a. Beobachtungsverfahren in natürlichen oder in strukturierten Umwelten, Selbst-Beobachtungen, verhaltensorientierte Fragebögen, verhaltensorientierte Interviews und psychophysiologische Verfahren eingesetzt. Überblicke über diese Entwicklungen geben:

Barlow 1981, Caspar 1987, Ciminero, Calhoun & Adams 1977, Cone & Hawkins 1977, Haynes 1978, Haynes & Jensen 1979, Haynes & Wilson 1979, Hersen & Bellack 1976, 1987, Kanfer & Nay 1982, Keßler 1984, Mash & Terdal 1976 und Schulte 1986.

6.4.2 Kognitive Psychodiagnostik

Aus verschiedenen Bereichen von Psychologie und Soziologie - unter den psychologischen Beiträgen ragen besonders die aus Persönlichkeits-, Klinischer, Sozial- und Kognitionspsychologie heraus (vgl. Forgas 1982) - hat sich ein produktives Interesse am Erfassen kognitiver Strukturen und Prozesse entwickelt. Die diesem Interesse zugrundeliegenden Theorien und Konzeptionen sind in ihren Ausrichtungen und in ihrer Begrifflichkeit durchaus unterschiedlich; dennoch stimmen sie in einigen Grundannahmen überein. Danach erfolgt die Verarbeitung von Außen- (und Innen-)reizen durch den Menschen aktiv und dynamisch, und das Verhalten wird als ein Produkt geistiger Abläufe angesehen. Ferner wird die Überzeugung geteilt, daß - obwohl es angeborene Voraussetzungen für menschliches Verhalten gibt - die geistigen Bedingungen veränderbar sind (z.B. Merluzzi, Rudy & Glass 1981, vgl. auch die Darstellung des kognitiven Modells in Band 1, S. 66-71). Im Zentrum des Forschungsinteresses stehen vor allem Gedanken, Wissen, Verständnis, Sprache und Gedächtnis, wobei ein allgemeiner Rahmen durch die Theorie der menschlichen Informationsverarbeitung, spezieller auch durch Theorien des Gedächtnisses und der Problemlösung, vorgegeben ist. Daß die Handlungsmuster einer Person in gewissem Maße konsistent sind, wird erklärt durch Konstrukte

wie Skripte (Abelson 1981, Schank & Abelson 1977), Handlungspläne (Miller, Galanter & Pribram 1960/1973), Schemata (Schwarz 1985) oder Prototypen (Genero & Cantor 1986). Von sozialen Kognitionen spricht man, wenn die kognitive Repräsentation von sozialen und interpersonalen Beziehungen und Situationen thematisiert wird. (z.B. Forgas 1981; Moscovici 1981).

Die erheblichen Forschungsleistungen, die zur allgemeinen Fundierung kognitiver Theorien und Konzepte erbracht wurden, finden bisher keine Entsprechung in der klinischen Psychodiagnostik. Die neu entwickelten kognitiven Erhebungsverfahren - wie z.B. die Methode des lauten Denkens, das Aufstellen von Gedanken-Listen, das stichprobenmäßige Erfragen von Gedanken usw. (vgl. Blackwell, Galassi, Galassi & Watson 1985, Graesser & Clark 1985, Merluzzi, Glass & Genest 1981) - werden im klinischen Bereich eher zögernd aufgenommen (vgl. Kendall 1984, Kommer & Bastine 1983). Es sind hier vor allem drei Schwerpunkte zu verzeichnen: die Diagnostik von:

- kognitiv-behavioralen Prozessen;
- Schemata, Skripten und kognitiven Teilprozessen;
- Selbstkonzepten.

● In der **kognitiv-behavioralen Diagnostik** wird die Verbindung zwischen kognitiven Prozessen und Verhaltensabläufen untersucht und zwar vor allem in der Beziehung zwischen Zielen, Erwartungen, Handlungsplänen und -programmen einerseits und konkreten Handlungsweisen andererseits. Zum Teil

entstand dieser Ansatz als kognitive Erweiterung der Verhaltensanalyse: Während die Verhaltensabläufe auf einer horizontalen Zeitachse abgebildet werden (in Form von antezedenten und sukzedenten Bedingungen des Verhaltens), dient die vertikale Achse zur Darstellung hierarchisch übergeordneter Handlungsziele und komplexer Pläne der Person (sog. Vertikale Verhaltensanalyse: Caspar & Grawe 1982, Grawe & Dzielwas 1978).

Auf der Basis von kognitiv-behavioralen und handlungstheoretischen Modellen wurden verschiedene Konzeptionen für therapieorientierte Handlungs- und Problemanalysen vorgeschlagen (vgl. Caspar 1986, 1987, Fiedler 1979, Innerhofer 1974, Kendall 1984, Kendall & Hollon 1981, Kleiber 1981, Mahoney 1977, Quekelberghe & Eickels 1982, Sachse & Musial 1981, Schulte 1980). Informationstheoretische Ansätze verfolgen u.a. Kanfer 1985, Kanfer & Hagerman 1984 und Tuschen 1987.

Ein umfassendes kognitiv-behaviorales Analysemodell ist die Problemanalyse von Bartling, Echelmeyer, Engberding & Krause (1980), die in der klinischen Praxis und Ausbildung weite Verbreitung gefunden hat (vgl. Kasten 6.1).

- hier Kasten 6.1 einfügen -

Weiterführende Impulse geben diese Ansätze vor allem durch ihre Phänomennähe, ihre Behandlungsrelevanz, die Möglichkeit der idiographischen Erfassung und ihre - verglichen mit dem verhaltensanalytischen Konzept - größere Komplexität. Andererseits werden die kognitiven Konzepte keineswegs aus einer bestimmten kognitiven Theorie streng abgeleitet, sondern bleiben eher eklektisch innerhalb des allgemeinen

Kasten 6.1: Die Problemanalyse nach Bartling et al. (1980)

Mit der Problemanalyse sollte eine Verbindung zwischen den bewährten Elementen vorhandener verhaltensanalytischer Schemata und - unter Einbeziehung neuerer Ergebnisse der Therapieforschung - relevanten Erkenntnissen aus kognitionstheoretischen Ansätzen geschaffen werden. Der therapeutische Veränderungsprozeß wird zunehmend als sukzessiver Problemlöseprozeß verstanden, dessen diagnostische und therapeutische Anteile ineinanderfließen (vgl. Kanfer & Saslow 1974, Schmook, Bastine, Henkel, Kopf & Malchow 1974, Schulte 1974).

"Ein Problem entsteht," so die Definition der Autor/inn/en, "wenn ein Individuum oder eine Menschengruppe einen unerwünschten Anfangszustand überwinden bzw. ein erwünschtes oder durch die Praxis gefordertes Ziel erreichen will und der unmittelbar verfügbare Stand der Kenntnisse und/oder Fähigkeiten dazu nicht ausreicht" (Bartling et al. 1980, S. 13).

Der anschließende Therapieprozeß ist ein gemeinsamer Lösungsprozeß von Therapeut und Klient, wobei der Ratsuchende als ein Mensch mit unzureichenden Fertigkeiten oder Fähigkeiten zur Bewältigung der Problematik betrachtet wird. Der Begriff des Verhaltens schließt bei diesem Konzept auch kognitive und emotionale Abläufe mit ein. Es wird zwischen Verhalten-in-Situationen und übergeordneten interaktionellen Plänen unterschieden, die aus dem verbalen und nonverbalen Verhalten einer Person erschlossen und nach Möglich-

keit mit Hilfe zusätzlicher Informationsquellen abgesichert werden.

Die übergeordneten Pläne werden hierarchisch auf 4 Ebenen angeordnet:

- Verhaltensregeln sind individuelle Vorschriften für ein konkretes Verhalten in bestimmten Situationen;
- Verhaltenspläne zielen bereits auf Klassen von Situationen ab, z.B. Arbeitsplatz;
- Oberpläne beziehen sich auf übergeordnete, umfassende individuelle Ziele, z.B. berufliches Fortkommen;
- Überindividuelle System-Regeln, die die Normen für das Zusammenleben innerhalb eines sozialen Systems und seiner Subsysteme implizieren: diese binden die individuellen Regeln und Pläne auf den unteren Ebenen ein.

Mit Hilfe der Problemanalyse sollen problemrelevante Informationen strukturiert und analysiert werden; dabei gewonnene Erkenntnisse fließen in den therapeutischen Prozeß der Problembewältigung mit ein. Das problemanalytische Vorgehen wird anhand eines Leitfadens und eines Fallbeispiels erläutert.

Die Problemanalyse umfaßt folgende Hauptpunkte:

1. Problemstellung:

- Erste Orientierung über die Problematik (Interviews, evtl. Einsatz von Tests und Fragebögen)
- Konzeptualisierung und Reflexion der Problemstellung

2. Analyse der Probleme:

- Ebene des Verhaltens in Situationen (V-i-S)
- Ebene der Verhaltensregeln, -pläne und Oberpläne
- Ebene der Systemregeln
- Entstehung und Ausformung des Problems
- Diagnostische Hinweise aus der Therapeut-Klient-Beziehung
- Schlußfolgerungen aus der bisherigen Analyse für Zielanalyse und Veränderungsplanung

3. Zielanalyse:

- Veränderungsvoraussetzungen
- Zielbestimmung
- Die Therapeut-Klient-Beziehung und ihre Bedeutung für den Veränderungsprozeß

4. Suchen, Bewerten und Auswählen von Lösungsalternativen:

- Diskussion und Auswahl von Ansatzpunkten einer Veränderung
- Diskussion und Auswahl von Veränderungsprinzipien
- Konkretisierung von Veränderungsprinzipien

5. Erprobung und Bewertung der Veränderungsschritte:

- Methoden zur Erfassung von Veränderungen
- Bewertung des Veränderungsprozesses
- Beendigung der Therapie

Wie komplex jeder einzelne dieser Punkte ist, und wie detailliert die sich daraus ergebenden therapeutischen Schritte sein können, soll am Beispiel der Analyse der Probleme auf der Ebene des Verhaltens-in-Situationen gezeigt werden.

Ziel der Analyse ist es, vorläufige Hypothesen in Form eines funktionalen Bedingungsmodells aufzustellen. Zu diesem Zweck muß das zu analysierende Verhalten genau bestimmt werden, eine Auswahl, die unter Umständen im Verlauf der Therapie noch revidiert werden muß.

Im funktionalen Modell werden dann Hypothesen darüber erstellt, welche Bedingungen dieses problematische Verhalten

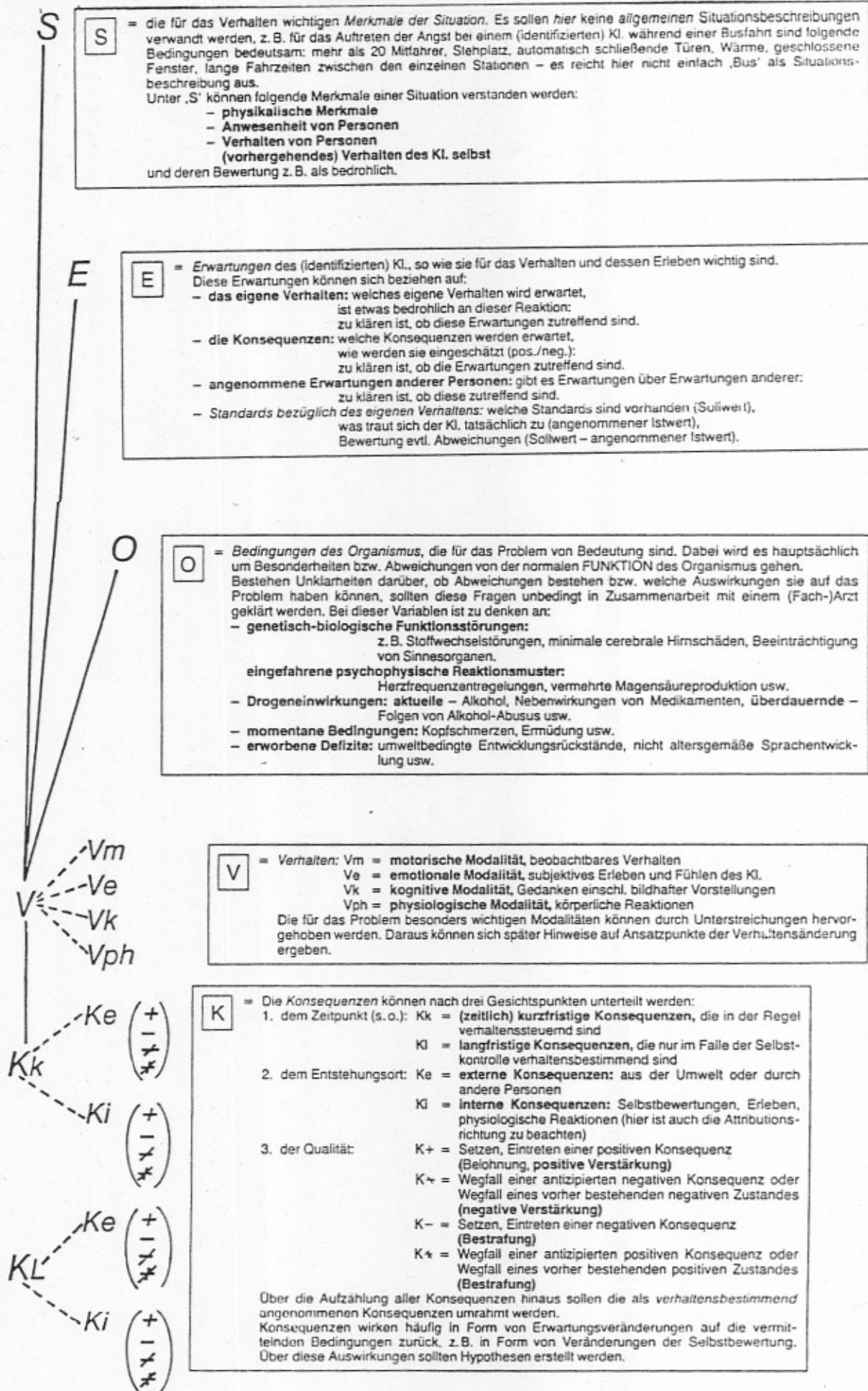


Abb. 6.1: Bestimmungsstücke des funktionalen Bedingungsmodells (aus Bartling et al., 1980)

beeinflussen. Die Bestimmungstücke des funktionalen Bedingungsmodells sind aus Abb. 6.1 ersichtlich.

- hier Abb. 6.1 einfügen -

Die Deskription anhand dieses Bedingungsmodells wird ergänzt durch die Analyse der Intensität, der Frequenz und der Verlaufscharakteristiken des Verhaltens.

Obwohl das detaillierte Aufgliedern des problematischen Verhaltens auf verschiedenen Ebenen eine Bemühung darstellt, die "Probleme" eines Klienten differenziert zu erfassen, liegt darin aber auch die Gefahr, daß die Wechselwirkungen zwischen den einzelnen Problemkomponenten nur unzureichend erklärt werden. So wird beispielsweise nicht ausreichend spezifiziert, wie autonom ablaufende physiologische und affektive Prozesse mit zielorientierten Handlungsprozessen zusammenhängen.

Der Wert der Problemanalyse liegt vor allem darin, eine handlungs- und behandlungsrelevante funktionale Strukturierung des problematischen Verhaltens und Erlebens zu ermöglichen, die von Klient und Therapeut gemeinsam erarbeitet wird. Damit wird gleichzeitig ein Problemverständnis geschaffen, das allein schon veränderungswirksam sein kann.

Ferner wird die Problematik als eingebettet in den situativen Lebenskontext einer Person verstanden und erscheint dadurch nicht von vorneherein als ein Problem, für das der einzelne ausschließlich selbst verantwortlich ist.

Die Bedingtheit "psychischer" Probleme als sozial, interpersonell oder situativ entstandenes oder vermitteltes Lei-

den bleibt somit nachvollziehbar. Schließlich wird mit der Analyse der hierarchischen Struktur des Verhaltens der Versuch unternommen, die unterschiedlichen Problemebenen aufeinander zu beziehen: Einerseits kann eine psychische Problematik als eine depressive Verarbeitung nicht bewältigter Verlusterlebnisse interpretiert werden, andererseits dokumentiert sich ihre spezifische Bedeutung und Funktion im situationsabhängigen aktuellen Erleben und Verhalten. Mit Hilfe der Problemanalyse können nun die konkretere und die abstraktere Sichtweise immer wieder aufeinander bezogen werden, um ein genaueres Problemverständnis zu ermöglichen.

Modellrahmens. Der geringe Operationalisierungsgrad der Konzepte läßt für die noch ausstehenden Reliabilitätsprüfungen keine befriedigenden Werte erwarten. Schließlich fehlt eine Begründung für normative Kriterien, die etwa für die Definition einer Störung oder Problematik benötigt werden - ein Manko, das dieser Ansatz allerdings mit fast allen anderen diagnostischen Ansätzen teilt.

- Eine **kognitive Diagnostik** im engeren Sinne, die sich mit dem Erfassen von Schemata, Skripten und anderen Teilprozessen beschäftigt, ist bis jetzt für den klinischen Bereich nur unzureichend entwickelt worden, obwohl diese Anwendung sehr naheliegt (vgl. Forgas 1982). Die bisherigen Bemühungen aus diesem Bereich haben vor allem Landau & Goldfried (1981) zusammengestellt (vgl. auch Arnkoff & Glass 1982, Kendall & Hollon 1981). Im deutschsprachigen Raum sind eigene Methoden entwickelt worden, beispielsweise zur Erfassung von Kontrollüberzeugungen (z.B. Krampen 1981, 1982, 1985), von positiven/nicht-negativen/ antidepressiven Gedanken (DeJong, Henrich & Noppeney 1985), interpersonellen Problemlösungsfertigkeiten (Kemmler & Borgart 1982).

- Die **Selbstkonzept-Diagnostik** hat eine vergleichsweise alte Tradition und weist auch mit anderen Modellansätzen enge Verbindungen auf, z.B. mit der klientenzentrierten Konzeption. Auf der Basis von relativ umfassenden "Selbst"-Konstrukten sind auch einige deutsche Verfahren entwickelt worden (vgl. Frankfurter Selbstkonzeptskalen FSKN - Deusinger 1986, Filipp 1979).

G. A. Kelly's "Psychologie persönlicher Konstrukte" (vgl. Band 1, S. 66-67) führte zu der Entwicklung des Role Construct Repertory Test (auch als Rep Test, Kelly Grid oder Rollen-Repertoire-Technik bezeichnet; vgl. Eich, Klug, Seidenstücker & Wetzel 1975, Fransella & Bannister 1977, Kelly 1955, Neimeyer & Neimeyer 1981, Raeithel & Tröger 1981). Dieses Verfahren, das ursprünglich zur Rekonstruktion individueller Rollenvorstellungen gedacht war, wurde von Orlik, Arend & Schneider-Düker (1982) modifiziert, um individuelle Selbstkonzepte zu messen. In diesem Test gibt die Person zunächst Eigenschaften oder eigene Verhaltensweisen an, unter den Instruktionen "so mag ich mich selber nicht", "so möchte ich bleiben", "so wäre ich gerne" und "so möchte ich nicht werden". Danach wird diese Selbsteinschätzung mit Beurteilungen verglichen, mit denen die Person nahestehende Bezugspersonen kennzeichnet. Damit sollen die Wechselbezüge zwischen der Wahrnehmung von sich selbst und der von nahestehenden Personen aufgezeigt und eventuell therapeutisch genutzt werden. Die Autoren bewerten die klinisch-psychologische Anwendung dieses Selbstkonzept-Gitters positiv zur Feststellung von subjektiven, beschreibenden, persönlichen, idiographischen, zeit- und bedingungsveränderlichen Merkmalen. Weitergehende Erprobungen dieses Verfahrens stehen allerdings noch aus.

6.4.3 Klientenzentrierte Psychodiagnostik

Carl Rogers (1973) hat die Diagnostik und Diagnosestellung voll und ganz in die Hände des Klienten gelegt: "Der Klient ist der einzige, der die Möglichkeit hat, die Eigentümlichkeiten seiner Wahrnehmungen und seines Verhaltens voll und ganz zu erkennen (207). ... In einem sehr bedeutungsvollen und genauen Sinn ist die Therapie Diagnose, und diese Diagnose ist ein Prozess, der eher in der Erfahrung des Klienten abläuft als im Intellekt des Klinikers (208). ... In der Klient-bezogenen Therapie scheint es das Ziel des Therapeuten zu sein, die Bedingungen zu schaffen, unter denen der Klient imstande ist, die Diagnose der psychischen Aspekte einer Fehlanpassung zu stellen, zu erfahren und zu akzeptieren" (209). Wenn diesem Credo in der klientenzentrierten therapeutischen Praxis auch weitgehend entsprochen wird, entstand jedoch aus "externen Notwendigkeiten" eine Vielzahl neuer diagnostischer Ansätze und Verfahren, vor allem im Rahmen der wissenschaftlichen Forschung und aus dem Bemühen, eine prognostizierbare Effektivität des Behandlungsverfahrens nachzuweisen. Seither sind die Meinungen über die Diagnostik bei Vertretern der klientenzentrierten Therapie gespalten zwischen konzepttreuer totaler Ablehnung und der klaren Befürwortung aus konzeptunabhängigen Gründen (vgl. z.B. Bommert 1982, Zielke 1982b). Zwischen diesen Polen versucht Speierer (1982, 81) einen Balanceakt, indem er für den Einsatz diagnostischer Mittel zwei Voraussetzungen postuliert: "Die Voraussetzung des Einsatzes diagnostischer Mittel ist daher zum einen, daß

der Zustand des Patienten diesem die eigene Entscheidung über die für ihn hilfreichen therapeutischen Mittel unmöglich macht. Zum zweiten, daß der Patient diese Entscheidung ausdrücklich an den Therapeuten delegiert oder im Zweifelsfalle den Therapeuten um Entscheidungshilfe bittet". Wenn auch die Absicht sehr begrüßenswert ist, psychologische Diagnostik nicht über den Kopf des Klienten hinweg zu betreiben, so lassen sich die gestellten Bedingungen im diagnostischen Handeln wohl kaum auf diese Weise verwirklichen.

Schon sehr früh wurden in der klientenzentrierten Tradition diagnostische Verfahren entwickelt, um die eigenen theoretischen Konstrukte zu erfassen, für die es bis dahin keine adäquaten Verfahren gab. Dabei sollten diese Ansätze die Perspektive des Befragten (vor allem des Klienten) in einer nicht-normativen, idiographischen Weise abbilden können. Prominenteste Beispiele dafür sind die Q-Sort-Methode und die Skalen zur Selbst-Aktualisierung.

Die von Stephenson (1953) entwickelte Q-Sort-Technik wurde bald von der Forschungsgruppe um Rogers, der damals ebenfalls an der University of Chicago arbeitete, übernommen und zur Untersuchung psychotherapeutischer Veränderungen eingesetzt (Butler & Haigh 1954, Dymond 1954, Rogers & Dymond 1954; vgl. auch Block 1961). Zur Ermittlung des idealen und des realen Selbstkonzeptes sortiert der Klient vorgegebene, auf sich selbst bezogene Aussagen nach dem Grad, in dem sie auf ihn zutreffen (z.B. "I am worthless", "I don't trust myself", "I am likable").

Aus der klientenzentrierten Behandlungstheorie heraus wird erwartet, daß sich im Laufe der Therapie eine zunehmende Kongruenz zwischen Selbst- und Idealbild erreichen läßt, indem sich das ideale an das reale Selbstkonzept annähert. Im Deutschen ist dieses Verfahren unter anderem von Helm (1978) zur Therapieforschung eingesetzt worden.

Mit dem Personal Orientation Inventory (POI-Shostrom 1966) wurde ein Fragebogen entwickelt, mit dem der Grad an Selbstaktualisierung einer Person erfaßt werden soll. Die 150 Items des Verfahrens zielen ab auf die Erfassung unterschiedlicher Aspekte der persönlichen Orientierung: Bewertung der Selbstaktualisierung (self-actualizing value), flexible Verwirklichung der eigenen Existenz (existentiality), Sensibilität für die eigenen Gefühle (feeling reactivity), Spontanität, Selbstbejahung (self-regard), Selbstakzeptierung, konstruktives Menschenbild (constructive nature of man), ganzheitliche Sichtweise (synergy), Anerkennung der eigenen Aggressivität und interpersonale Beziehungsfähigkeit (capacity for intimate contact). Der Test wurde unter anderem von Helm (1978) ins Deutsche übersetzt und zur Erfassung von "Selbstverwirklichung" eingesetzt; Bottenberg & Keller (1975) erarbeiteten auf dieser Grundlage eine Selbstaktualisierungs-Skala.

Ebenfalls auf die klientenzentrierte Theorie gestützt, entwickelte Kopf-Mehnert einen Fragebogen, anhand dessen direkte Veränderungsaussagen von Klienten erhoben werden. Nach Abschluß der Behandlung soll der Klient selbst Aussagen beurteilen, die bereits Veränderungen ausdrücken, z.B. "Ich bin heiterer geworden" oder "Ich habe weniger Selbstvertrauen". Dieser Fragebogen mit 42 Aussagen wurde als

Veränderungsfragebogen des Erlebens und Verhaltens (VEV - Zielke & Kopf-Mehnert 1978) veröffentlicht. Neben inhaltlichen Problemen (u.a. Veridikalität und Eindimensionalität) ist das Verfahren auch formal problematisch, da die Testbeantworter vor die sehr schwierige Aufgabe gestellt werden zu beantworten, ob ihre eigenen Änderungen "in gleicher Richtung" oder "in entgegengesetzter Richtung" wie bei dem vorgegebenen Item erfolgten.

Auf Konstrukte der klientenzentrierten Behandlung bezieht sich auch die Kieler Änderungssensitive Symptomliste (KASSL-Zielke 1979). Die 50 Fragebogenitems wurden allerdings nicht theoretisch abgeleitet, sondern empirisch aus einer Liste von Klientenbeschwerden entnommen. Die Skalenkonstruktion erfolgte einmal nach einer faktorenanalytischen Itemgruppierung mit den Skalen: soziale Kontaktstörungen, Verstimmungsstörungen, Berufsschwierigkeiten und Konzentrations-/Leistungsstörungen; ferner kann ein Gesamtwert zur Symptombelastung gebildet werden. Zwei weitere Skalen sollen die "Änderungssensitivität" erfassen, d.h. Beschwerden, für die eine gesprächspsychotherapeutische Behandlung besonders veränderungswirksam ist. In einer kritischen Besprechung dieses Verfahrens deckt Westmeyer (1983) die erheblichen konzeptionellen, testkonstruktorischen und interpretatorischen Mängel auf; beispielsweise wurde die Skala zur Änderungssensitivität an einer Klientenstichprobe gewonnen, die von insgesamt 17 Laienpsychotherapeuten über einen Zeitraum von maximal zehn Wochen behandelt wurden. Die klientenzentrierte Ausbildung der Lientherapeuten bestand in der erfolgreichen Teilnahme an zwei Trainingskursen von je 50 Stunden Dauer!

Aus dem klientenzentrierten Bemühen heraus, Veränderungsprozesse zu erforschen, sind zahlreiche Verfahren zur Erfassung psychotherapeutischer Prozesse entwickelt worden. Diese Skalen beziehen sich zum einen auf Einschätzungen von Behandlungsstunden als Ganzem, zum anderen auf die von Gesprächsausschnitten. Die Beurteilungen können von den Beteiligten selbst oder von Beobachtern abgegeben werden. Beispiele für diese Skalen sind:

Prozeßskala des Klienten (Pfeiffer 1975, Rogers 1958)

Selbstexploration des Klienten (Tausch 1974, Tausch et al. 1969)

Intensität der Auseinandersetzung des Klienten mit sich selbst (Schwartz & Eckert 1976)

Experiencing Skala (Bommert & Dahlhoff 1978, Pfeiffer 1976)

Klienten-Erfahrungs-Bogen KEB (Biermann-Ratjen, Eckert & Schwartz 1979)

Verbalisierung persönlich-emotionaler Erlebnisinhalte des Klienten durch den Psychotherapeuten (Tausch 1974, Tausch et al. 1969).

Weitere Hinweise über die klientenzentrierte Psychodiagnostik geben Bommert 1982, Helm 1978, Minsel 1974, Tausch 1974, Zielke 1982a; zur klientenzentrierten Gruppentherapie vgl. Speierer 1982.

Die genannten Beispiele zeigen, daß es in der klientenzentrierten Psychodiagnostik in erster Linie auf die Selbsteinschätzungen des Klienten (und gegebenenfalls weiterer

Beteiligter) ankommt, um die jeweils bewußten Aspekte des emotionalen Befindens zu erfassen. Bei der Indikation zur Behandlungsaufnahme wird deshalb die Ansprechbarkeit des Klienten betont, die z.B. während einiger Therapiesitzungen "zur Probe" ermittelt werden kann.

Vor allem durch die Verfahren zur Analyse des psychotherapeutischen Prozesses hat die klientenzentrierte Psychodiagnostik nicht nur auf die Gesprächspsychotherapie, sondern auf die gesamte Behandlungsforschung eingewirkt. In der klinischen Praxis dürften diese Verfahren, die sich zweifellos sehr gut zur Überprüfung des therapeutischen Geschehens eignen, leider nur zu selten zur Anwendung kommen.

6.4.4 Psychoanalytische Diagnostik

Die psychoanalytische Diagnostik hat eine sehr lange Tradition, die in erster Linie durch die große Bedeutung der projektiven Testverfahren für die klinisch-psychologische Praxis und Forschung geprägt wurde. An vielen deutschen Universitäten war die Ausbildung in projektiven Verfahren bis etwa zur Mitte der 70-er Jahre obligatorischer Bestandteil des Psychologie-Studiums. Seither sind diese Tests nicht nur im Studium eher nebensächlich geworden, sondern auch in der klinisch-psychologischen Praxis und Forschung. In den USA wurde diese Tradition dagegen weitergeführt, wenn auch in stark reduziertem Ausmaß. Lediglich zur Paar-

diagnostik ist auch bei uns in jüngerer Zeit mit dem Gemeinsamen Rorschach-Versuch (Willi 1975) eine Neuentwicklung entstanden: Bei dieser Variante des Rorschach-Tests erhalten die Partner die Auflage, sich bei jeder Tafel auf eine gemeinsame Deutung zu einigen. Ausgewertet werden dann sowohl das individuelle Sozialverhalten der Partner als auch die unbewußte Dynamik des Paares (Phantasien, Ängste, Abwehrmechanismen).

Mit Ausnahme des Giessen-Tests (s. unten) sind innerhalb der Psychoanalyse kaum formalisierte diagnostische Ansätze geschaffen worden - in aktuellen Gesamtdarstellungen bleiben diese nahezu vollständig ausgespart (s. u.a. Mertens 1983, 1986, Schafer 1982, Thomä & Kächele 1985, Toman 1978). In dieser Richtung sind wohl hauptsächlich von den neuen Therapieansätzen der zeitlich begrenzten psychoanalytischen Therapie (Luborsky 1984, Strupp & Binder 1984) und Fokalthherapie (Davanloo 1980, Malan 1963, 1976, Sifneos 1972) neue Aktivitäten zu erwarten.

Stattdessen wurde und wird ein starkes Gewicht auf die informelle Diagnostik im psychoanalytischen Interview gelegt, wobei die damit verbundenen Absichten erheblich variieren. Während Schultz-Hencke (1951) einen Probanden mit Hilfe seines konflikt- und strukturtheoretischen Modells (z.B. als hysterische, zwanghafte, depressive oder schizoide Charakterstruktur) einordnet, sind die an der Tavistock-Klinik entwickelten Ansätze weniger typologisch orientiert (vgl. Balint, Ornstein & Balint 1973). In diesem letzten Ansatz sind vor allem Aspekte der "Arzt"-Patient-Beziehung, wichtige Ereignisse im Interview, Schlußfolge-

rungen hinsichtlich Art und Ausmaß der Störung, Behandlungsindikation und -ziele wesentlich (vgl. auch Thomä & Kächele 1985, 172-181). Für die Durchführung dieser Gespräche formulierte Toman (1978, 144-147) einige Regeln. Methodische Anleitungen zur Durchführung psychoanalytischer Interviews geben u.a. Dührssen (1981), Kernberg (1981) und Thomä (1978). In der Forschung wurden allerdings in jüngerer Zeit Methoden entwickelt, mit denen der Ablauf psychoanalytischer Therapien untersucht werden kann, und zwar im Hinblick auf verbale wie nonverbale Merkmale (vgl. Argelander 1982, 1987, Krause 1987).

Eine Einteilung in die diagnostische Abklärung einerseits und die Behandlung andererseits erfolgt im Rahmen des psychoanalytischen Verfahrens nur insoweit, als die Diagnostik der Hypothesenbildung über die psychische Funktionsfähigkeit des Patienten dient. Im Erstinterview oder in der traditionellen Probeanalyse soll dabei vor allem eine Aussage über die Analysefähigkeit des Probanden gefunden werden, d.h. ob der Betreffende in der Lage und bereit ist, sich auf den analytischen Prozess einzulassen.

Als eines der wenigen formalisierten diagnostischen Verfahren wurde der Giessen-Test (GT - Beckmann, Brähler & Richter 1983, Beckmann & Richter 1979) entwickelt, um die "innere Verfassung" und die Umweltbeziehungen einer Person aus ihrer eigenen Sicht zu erheben und nach psychoanalytischen Merkmalen zu deuten. Der Test umfaßt 40 Aussagen, z.B. "Ich halte mich selten für bedrückt" oder "Ich glaube, ich kann einem Partner wenig Liebe schenken". Für die Einschätzung der Items stehen siebenstufige Skalen zur Verfügung. Die

sechs bipolaren Merkmale, die mit dem Test erfaßt werden können, beziehen sich auf die Bereiche: soziale Resonanz, Dominanz, Kontrolle, Grundstimmung, Durchlässigkeit und soziale Potenz. Als Kontrollskalen werden die Anzahl der Nullankreuzungen (M-Skala) und der Extremankreuzungen (E-Skala) getrennt ausgewertet. Eine hohe Ausprägung im Merkmal sozialer Resonanz geht einher mit einer Selbstdarstellung als "anziehend, beliebt, geachtet, in der Arbeit geschätzt"; eine derartige Selbstbeschreibung wird interpretiert als Komponente einer hysterischen Erlebnisweise. Die Testinterpretation stützt sich damit auf eine weitgefaßte psychoanalytische Persönlichkeits- und Neurosenlehre. Die Anwendung des Testverfahrens in der Individualdiagnostik ist nicht nur auf die Erhebung des Selbstbildes beschränkt. Durch die Instruktion, das eigene Idealbild zu beschreiben, lassen sich zusätzliche Informationen gewinnen, ebenso durch die Befragung anderer Personen über den Probanden (Fremdurteil). Durch die Selbst- und Fremdbeurteilung läßt sich der GT auch auf Zwei- und Mehrpersonen-Beziehungen anwenden (Paare, Mutter-Kind-Beziehungen, Gruppen, usw.). Die Testgüte ist nach den vorliegenden Befunden als gut zu beurteilen; eine weitere Absicherung der Validität und die Überprüfung der Stichprobenabhängigkeit des Verfahrens wird jedoch gefordert (vgl. Kühn 1984).

6.4.5 Interpersonale Psychodiagnostik

Wie aufgrund der Heterogenität des interpersonalen Modells (Bastine 1984, 71-74) und der interpersonalen Störungstheorien (op. cit., 209-219) bereits zu erwarten ist, folgt auch die interpersonale Psychodiagnostik keiner einheitlichen Modellvorstellung. Vielmehr verbirgt sich unter diesem Begriff eine Ansammlung von Ansätzen und Verfahren, mit denen interpersonales (soziales) Verhalten und Erleben in Dyaden und Gruppen erfaßt werden soll (zur Definition und Methodik vgl. auch Kap. 6.3). Streng genommen kann daher auch nicht von einer "theoriegeleiteten" Diagnostik gesprochen werden, da das Gemeinsame dieser Bemühungen primär in der interpersonalen Ausrichtung des diagnostizierten Verhaltens und Erlebens liegt.

Mit der interpersonalen klinischen Diagnostik sollen also gestörte und therapeutische Interaktionen und deren Veränderungen erfaßt werden. Sie finden Anwendung bei der Interaktionsanalyse von:

- Partnern (z.B. Hahlweg 1986, Hahlweg, Schindler & Revenstorf 1982, O'Leary 1987, Reiter 1983, Scholz 1978, 1983, 1987)
- Eltern und Kindern (z.B. Innerhofer 1978, Peterander 1981)
- Familien (z.B. Baumgärtel 1983, Kruse 1984, Watzlawick 1966)
- Sozialer Unterstützung (z.B. Fydrich, Sommer, Menzel & Höll 1987)
- Klienten und Therapeuten

- Therapiegruppen (z.B. Bales & Cohen 1979: SYMLOG: Systematic Multiple Level Observation of Groups; Grawe 1980b)
- Teams und Ausbildungsgruppen.

Der Begriff der Interaktion soll hier gegenüber deutschen Äquivalenten bevorzugt werden, da er weniger mit wertenden Konnotationen assoziiert wird als z.B. Bindung, Beziehung oder Begegnung.

Nicht jede Interaktion muß sich auf eine Person beziehen, mit der der Akteur in wechselseitiger Beziehung steht. In ihrem Überblick über allgemeine Interaktionsdiagnostik unterscheiden Haubl & Spitznagel (1983) deshalb zwischen kognizierten Beziehungen und beobachteten Begegnungen:

Kognizierte Beziehungen sind Beziehungsvorstellungen, die auf eine oder mehrere Person(en) gerichtet sind, ohne daß diese Person(en) selbst unbedingt rückwirkend handeln müssen. Die Beziehungserwartungen brauchen lediglich "abstrakt" in der Vorstellung einer einzelnen Person zu bestehen. Beispiele für entsprechende Erhebungsinstrumente sind die interpersonelle Perzeptions-Methode (Laing, Phillipson & Lee 1971) und die Rollen-Repertoire-Technik (Kelly 1955). Hier bestehen enge Beziehungen zur kognitiven Psychodiagnostik (vgl. 6.4.2).

Werden die Interaktionen zwischen zwei oder mehr Personen direkt erfaßt, sprechen die Autoren von beobachteten Begegnungen. Verständlicherweise werden bei dieser Zielrichtung die Besonderheiten der Beziehungsdiagnostik deutlicher sichtbar.

Die in der Familientherapie entwickelte Methode des zirkulären Fragens stellt eine Mischform dar: Die einzelnen Familienmitglieder werden über die anderen Mitglieder und deren Beziehungen befragt, äußern sich somit über ihre Beziehungsvorstellungen. Die anderen anwesenden Familienmitglieder erhalten dadurch gleichzeitig Informationen über die verschiedenen Sichtweisen, was nicht ohne Reaktionen bleibt. Es werden also in diesem sozialen Kontext gleichzeitig Informationen gewonnen und an die anderen Familienmitglieder vermittelt (vgl. Penn 1982).

Eine Reihe interpersonaler diagnostischer Verfahren stützen sich auf Modellvorstellungen, die unter anderem von Leary (1957) entwickelt wurden. Danach lassen sich soziale Interaktionen anhand der beiden bipolaren Dimensionen Dominanz versus Submission (aktiv-passiv) und Liebe versus Haß (positiv-negativ) beschreiben. Mit Hilfe dieses Achsenkreuzes können verschiedene soziale Interaktionen eingeordnet werden, z.B. "prahlen" im negativen Quadranten der Dominanz, "belehren" auf deren positiver Seite; insgesamt 16 Merkmale wurden kreisförmig um den Mittelpunkt des Systems gruppiert. Durch Unterteilung der Kreisfläche (interpersonal circle) in 16 Segmente wurden acht bipolare Merkmalsbeschreibungen definiert, z.B. "konkurrierend/narzißtisch" versus "gefügig/abhängig". Geringere Ausprägungen der Merkmale lassen sich dann durch eine größere Nähe zum Mittelpunkt ausdrücken.

Auf der Basis dieses Modells sind sowohl Fragebögen (zur Erfassung kognizierter Beziehungen) als auch Beobachtungsverfahren entwickelt worden (vgl. z.B. "The 1982 Interper-

sonal Circle", Kiesler 1982; Impact Message Inventory - IMI, Kiesler et al. 1976), die diagnostisch zur Analyse unterschiedlicher interpersonaler Interaktionen eingesetzt wurden.

Das bekannteste derartige System ist die Strukturelle Analyse Sozialer Beziehungen (Structural Analysis of Social Behavior - SASB), die von Lorna Benjamin entwickelt und in einer Vielzahl klinischer Studien erprobt worden ist (Benjamin 1974, 1982, Fiedler 1986, Henry, Schacht & Strupp 1986, McLemore & Benjamin 1979). Die SASB ist ein sehr komplexes System, das nur mit Hilfe von Manual und Training erlernt werden kann. Es ist aufgebaut um zwei Achsen, die horizontal als "Zuneigung" (affiliation; Feindseligkeit versus Freundlichkeit) und vertikal als "Interdependenz" (Autonomie versus Kontrolle) definiert sind. Die Beschreibung von interpersonalem Verhalten und Erleben kann sich auf drei verschiedene Foci richten:

- Beim Focus auf andere werden die Beziehungen zu anderen Personen beurteilt, d.h. die Aussagen beziehen sich direkt auf den oder die Empfänger der Botschaft ("elternhaftes Verhalten"). Die Beschreibung erfolgt auf der horizontalen Achse mit den Begriffen "feindlich sein versus freundlich sein", auf der vertikalen durch "Autonomie gewähren versus Kontrolle ausüben".
- Beim Focus auf das Selbst ist die Aufmerksamkeit auf das eigene soziale Verhalten gerichtet, d.h. dem Empfänger wird etwas über die eigene Person vermittelt. Während die Benennung der horizontalen Achse beibehal-

ten wird, ist die Interdependenz-Achse als "autonom sein versus sich unterwerfen" definiert.

- Schließlich kann sich der Focus auch auf das Umgehen mit sich selbst beziehen, auf das sogenannte Introjekt. Die horizontale Achse umfaßt dann die Pole "sich selbst ablehnen/vernichten versus sich selbst pflegen/umsorgen", die vertikale Dimension "spontan/autonom sein versus sich selbst kontrollieren".

Das Achsensystem wird in insgesamt acht Sektoren zerlegt, so daß sich folgende Beschreibungsmöglichkeiten ergeben (s. Abb. 6.2).

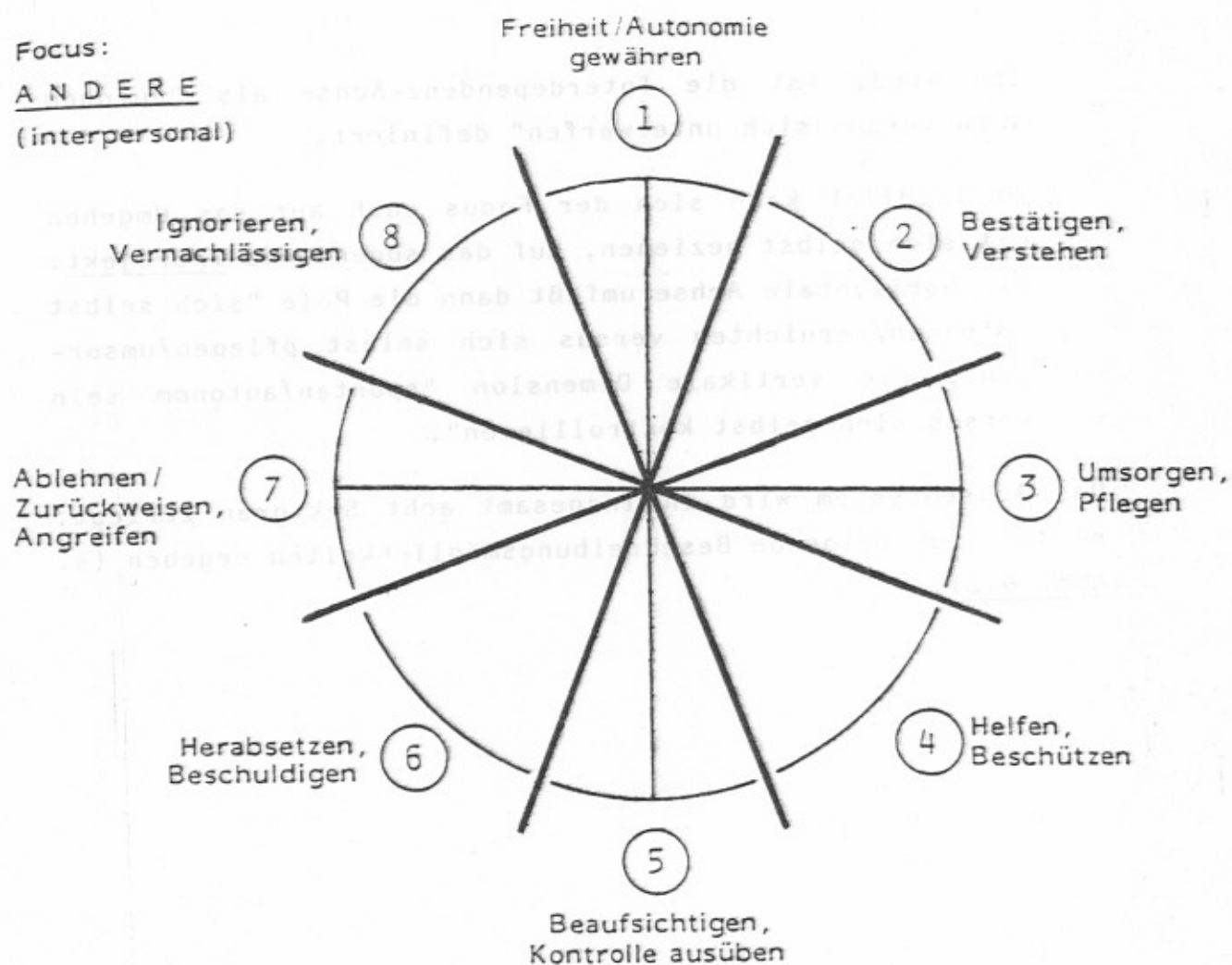


Abb. 6.2: Strukturelle Analyse Sozialer Beziehungen - SASB
(nach Benjamin 1974)

Für jede Interaktion, also z.B. jede sprachliche Äußerung, erfolgt dann eine Zuordnung zu diesen qualitativen Merkmalsklassen und anschließend eine Beurteilung der quantitativen Merkmalsausprägung. Mit Hilfe dieses Verfahrens las-

sen sich die Interaktionen in Dyaden oder Gruppen analysieren, aber auch die bevorzugten Handlungsmuster einer Person in einem bestimmten sozialen Kontext, z.B. gegenüber einem Partner, Kind oder Therapeuten. Selbstverständlich sind auch zeitliche Verläufe mit Hilfe dieses Verfahrens analysierbar.

Henry, Schacht & Strupp (1986) haben die SASB zur Analyse von therapeutischen Prozessen verwendet. Dabei stellte sich heraus, daß die von ihnen untersuchten Therapeuten ihren Interaktionsfokus hauptsächlich auf den Klienten legten, wobei sie sich "helfend/beschützend" und "bestätigend/verstehend" äußerten. Die Klienten legten ihren Focus dagegen auf sich selbst mit starker Betonung auf "sich öffnen/sich ausdrücken". Im Vergleich von erfolgreichen mit weniger erfolgreichen Behandlungen war der Unterschied im Ausmaß feindseliger Kommunikation am auffälligsten: "In den sich stark verändernden Fällen wurde keine der Patientenäußerungen und nur 1% der Therapeutenäußerungen als feindselig beurteilt, während bei den sich wenig verändernden Fällen die Durchschnittswerte 19% und 20% betrugen" (Henry et al. 1986, 30).

Derartige Feinanalysen interpersonalen Verhaltens eröffnen reichhaltige Perspektiven für die Erforschung psychotherapeutischer Prozesse, der Analyse von Gruppen und Familien sowie für pathopsychologische Fragestellungen. Wenn auch die Kategorien der Analysesysteme noch recht undifferenziert erscheinen, sind die damit erzielten Erkenntnisse schon erstaunlich. Dennoch sind weitere Differenzierungen wünschenswert, z.B. nach der Art und Weise, wie therapeutisches Helfen und Beschützen im Rahmen verschiedener The-

rapiemodelle und von verschiedenen Personen gehandhabt wird.

Unter der Fülle weiterer Ansätze interpersonaler klinischer Diagnostik möchte ich hier lediglich noch auf einen Ansatz zur interpersonalen Störungsdiagnostik hinweisen: Horowitz & Vitkus (1986) haben ein Inventory of Interpersonal Problems entwickelt, mit dem Schwierigkeiten in sozialen Beziehungen erfaßt werden können (Intimität, Aggressivität, Assertivität, Unabhängigkeit und Geselligkeit).

Insgesamt ist dieses sehr breite Feld, in das sich auch die Arbeiten zur verbalen und nonverbalen Kommunikation einordnen lassen, in rapider Entwicklung. Vermutlich werden diese Feinanalysen interpersoneller Prozesse für eine sozial orientierte Klinische Psychologie eine ähnliche Bedeutung erhalten wie die neuropsychologische Methodik für die biologisch orientierte (vgl. Bastine 1987).

6.4.6 Abschließende Bemerkungen

In den vorangehenden Abschnitten wurden fünf theoriebezogene psychodiagnostische Ansätze etwas ausführlicher vorgestellt, einmal, weil sie die Klinische Psychologie in besonderem Maße prägen, und zum anderen, weil sie in allgemeinen Lehr- und Handbüchern der Psychodiagnostik fehlen oder nur selektiv aufzufinden sind. Trotz aller Unterschie-

de zwischen den Ansätzen dürften jedoch auch einige Gemeinsamkeiten deutlich geworden sein: Bei all diesen Modellen gibt es ein vorherrschendes Interesse am Erfassen von veränderungsbezogenen Merkmalen. Es wird ferner versucht, eine idiographische Beschreibung des problematischen Erlebens und Verhaltens vorzunehmen. Schließlich überwiegt auch das Bestreben, einen inhaltlich und methodisch möglichst breiten diagnostischen Zugang zu gewinnen, der sich keineswegs auf eine reine Testdiagnostik beschränkt.

6.5 Störungsspezifische Psychodiagnostik

In der störungsspezifischen Psychodiagnostik wird die Erscheinungsweise einer Störung nach Art und Intensität ausdifferenziert. Diese Ansätze müssen sich daher auf ein explizites Modell der Störung stützen, in dem mindestens deren charakteristische Merkmale, Abgrenzungskriterien und mögliche Varianten der Erscheinungsform definiert sind. Damit liegen diesem Vorgehen domainspezifische Konzepte im Rahmen einer speziellen Pathopsychologie (Bastine 1984, 22) zugrunde. Sammeldarstellungen zur speziellen klinischen Psychodiagnostik finden sich bei Barlow (1981), Ciminero, Calhoun & Adams (1977), Hersen & Bellack (1976), Hersen & Turner (1985) und Merluzzi, Glass & Genest (1981); ferner enthält die Sammlung internationaler Skalen für Psychiatrie (CIPS 1986) auch Verfahren zur Diagnostik einzelner Störungen, z.B. Depressionsskalen.

Der störungsspezifische Ansatz unterscheidet sich somit von einer allgemeinen klinischen Psychodiagnostik, in der von globaleren Konzepten (z.B. "Befindlichkeit" oder "Streß") ausgegangen wird, mit der ein umfassender Befund wie etwa im MMPI erstellt oder eine Vorsortierung der Störungsbereiche (Screening) vorgenommen werden soll.

In der folgenden Übersicht (Tab. 6.3) werden Beispiele von Störungsbereichen gegeben, für die spezifische diagnostische Verfahren entwickelt wurden. Die angegebene Literatur

bezieht sich auf Sammeldarstellungen einschließlich deutschsprachiger Publikationen.

- hier etwa Tab. 6.3 einfügen -

Exemplarisch für störungsspezifische Ansätze soll hier die Diagnostik klinischer Ängste und Phobien ausführlicher dargestellt werden (Überblicke von Borkovec, Weerts & Bernstein 1977, Glass & Merluzzi 1981, Lick & Katkin 1976, Strian 1983, Taylor & Agras 1981). Die Erfassung klinischer Ängste ist insgesamt gut ausgearbeitet; dies liegt zum einen an der erheblichen klinischen Bedeutung behandlungsbedürftiger Ängste, zum anderen aber auch an der Unterschiedlichkeit von Angstphänomenen. So können Ängste ohne erkennbaren äußeren Anlaß auftreten ("frei flottierende Angst"), sich auf bestimmte Situationen oder Kontextbedingungen beziehen (z.B. Phobien, Prüfungsangst, Leistungsangst - zur Leistungsangst s. Rost & Schermer 1987), auf körperliche Prozesse gerichtet sein (z.B. Herzphobie) oder psychiatrische, somatische oder zerebrale Erkrankungen begleiten (zur "Klinik der Angst" vgl. Strian 1983, 115-367). In manchen Fällen ist die Angstsymptomatik mit Panikattacken verbunden (Ehlers, Margraf & Roth 1986). Darüber hinaus ist Angst selbst eine vielschichtige Erscheinung: Im Rahmen des Drei-Systeme-Modells der Angst (Birbaumer 1973, Lang 1968, Rachmann 1978) wird postuliert, daß Angst nicht als ein einheitliches Phänomen - als ein einzelnes System - aufzufassen ist, sondern auf drei partiell unabhängigen Reaktionsweisen basiert: einem physiologischen System, einem subjektiv-verbalen System und einem grobmotorischen System. Entsprechend existieren für die diagnostische Feststellung

Depression	HOFFMANN, SCHÄDRICH & SCHILLER 1976 KAMMER 1983 REHM 1976 RÖHRLE (in Vorber.) SHAW & DOBSON 1981
Psychotisches Verhalten	ALEVIZOS & CALLAHAN 1977 LEWINSON & LEE 1981 MUNDT, FIEDLER, PRACHT & RETTIG 1985 NEALE & OLTMANNS 1981 PETERMANN & BRUNS 1980 SÜLLWOLD 1977 WALLACE 1976
Abhängigkeiten	FEUERLEIN, KÜFNER, RINGER & ANTONS 1978 MILLER 1977, 1981 SOBELL & SOBELL 1976
Zwänge	MAVISSAKALIAN & BARLOW 1981 ZAWORKA & HAND 1980 ZAWORKA, HAND, JAUERNIG & LÜNENSCHLOSS 1983
Geistige Retardierung	EGGERT 1972 KAZDIN & STRAW 1976 MARKER, HOLTZ & EBERLE 1978 ZIMMERMANN & KORNMAN 1977
Partnerschafts-probleme	HAHLWEG 1986 JACOB 1976 JACOBSON, ELWOOD & DALLAS 1981 O'LEARY 1987 SCHOLZ 1978 WEISS & MARGOLIN 1977
Sexuelle Funktionsstörungen	BARLOW 1977 CONTE 1986 LoPICCOLO & LoPICCOLO 1978 SCHUMACHER & LLOYD 1976 WINCZE & LANGE 1981 ZIMMER 1985
Psychosomatik/psychophysiolog. Störungen	BLANCHARD 1981 DANA 1984
Eß-Störungen	BROWNELL 1981
Störungen bei Kindern	ACHENBACH & EDELBROCK 1978, 1984 DOKE 1976 EVANS & NELSON 1977 KRASNOR & RUBIN 1981 MANN 1976 B. MINSEL 1980 SCHMIDTCHEN 1975, 1982
Störungen sozialer Fertigkeiten	BRANDAU, SKATSCHE & RUCH 1984 CURRAN & WESSBERG 1981 EISLER 1976 HERSEN & BELLACK 1977 SKATSCHE, BRANDAU & RUCH 1982
Streß-Bewältigung (Coping)	BECKER 1985 DEPUE & MONROE 1986 JANKE, ERDMANN & KALLUS 1985

Tab. 6.3: Spezielle klinische Psychodiagnostik für ausgewählte Störungsbereiche

von Ängsten Indikatoren für alle drei Systeme, die allerdings miteinander nur in mäßiger Korrelation stehen: autonom-kortikal-neuro-muskuläre, erlebnismäßig-subjektive und verhaltensmäßige Indikatoren. Die folgende Tabelle 6.4 veranschaulicht die Ableitung der psychodiagnostischen Variablen und Instrumente aus dem Drei-Systeme-Modell.

- hier etwa Tab. 6.4 einfügen -

Verständlicherweise liegen die Vorteile dieses multimethodalen, auf die Erfassung von Ängsten ausgerichteten Vorgehens in der Differenziertheit, mit der Phänomene erfaßt werden: Bei manchen Klienten kann beispielsweise die physiologische Reaktionsweise im Vordergrund stehen, ohne daß von einem gleichzeitigen Angsterlebnis berichtet wird. Hier ist dann sicherlich ein anderes therapeutisches Vorgehen angebracht als bei einer dominant kognitiv-emotionalen Erscheinungsweise.

In seiner Kritik an diesem Drei-Systeme-Modell der Angst diskutiert Hugdahl (1981) die mit diesem Konzept verbundenen definitorischen, diagnostischen, ätiologischen und therapeutischen Probleme:

Wenn keine einzelne Reaktionsweise oder kein Handlungsmuster als eindeutiger Indikator von Angst gelten kann, wird die Definition ängstlichen Verhaltens zwangsläufig auf die angstausslösenden situativen Bedingungen verschoben und damit zirkulär. Um diesem Einwand abzuhelpen, wäre eine genauere Konzeption erforderlich, wie die verschiedenen Systeme untereinander zusammenhängen. Dazu fehlen bisher aber noch präzise Kenntnisse, so daß darin eher eine Forderung an die weitere Erforschung klinischer Ängste zu sehen ist.

Datenebenen und Art der Meßverfahren	Bereichseinteilungen innerhalb der Datenebenen	Exemplarische Variablen	Exemplarische Instrumente
Psychophysiologisch (Instrumentelle Ableitung peripherer physiologischer Parameter)	Vegetativ	Herzfrequenz Hautleitfähigkeit	EKG PGR
	Muskulär	Muskelspannung Muskelzittern	EMG Tremometer
Behavioral-motorisch (Verhaltensbeobachtung, Fremdrating)	Verbal: Affektausdruck	Aggressivitäts-/ Angstzeichen	Gottschalk-Gleser- Sprachinhaltsanalyse
	Nonverbal: Gesichtsausdruck Gestik Körperbewegungen	Affektregulation Nervöse Unruhe Bewegungsaktivität	FACS Bernier System Bernier System
	Paraverbal: Stimmqualität Sprechstörungen	Gefälligkeit Buchstabenwiederholungen	Tonbandanalyse
Erlebnismäßig-subjektiv (Selbstbeobachtung/ Selbstrating)	Ängstlichkeit Gesamt	Ängstlichkeit	State Anxiety Inventory
	Spezifisch	Ängstlichkeit z.B. in: Sozialsituationen Freien Plätzen	Angst Thermometer
	Angstneigung Gesamt	Angstneigung	Trait Anxiety Inventory
	Spezifisch	Angstneigung z.B. als: Sozialangst Agoraphobie	Fear Survey Schedule

Tab. 6.4: Spezielle klinische Psychodiagnostik nach dem Drei-Systeme-Modell
(modifiziert nach SEIDENSTÜCKER & BAUMANN 1978)

Dieses Kovariationsproblem stellt sich bei allen störungsspezifischen diagnostischen Ansätzen in gleicher Weise (zur Diskussion dieses Problems im Hinblick auf die psychophysiologische Methodik s. Fahrenberg 1983a, 1984).

Allerdings können auch die Diskrepanzen zwischen den Systemen besonders informationshaltig sein. Im Fall der physiologischen Auffälligkeit bei fehlendem subjektiv-verbalen Angsterleben könnte eine "Somatisierungstendenz in der Problemverarbeitung" vorliegen. Aber auch für diese Interpretation sind erst noch weitere, differenzierte Untersuchungen notwendig.

Über diese Kritik hinaus sollte ein derartiges Modell auch weitere Charakteristika von klinischen Ängsten beachten, die in dem Drei-Systeme-Konzept nicht berücksichtigt werden. Beispielsweise sind agoraphobische Störungen häufig mit interpersonellen Problemen verbunden, etwa Abhängigkeitsproblemen (Brehony & Geller 1981), sozialen Ängsten und Partnerschaftsproblemen (Goldstein & Chambless 1978). Diese Merkmale der Agoraphobie lassen sich jedoch in die Kategorien eines "subjektiv-verbalen" oder "grobmotorischen" Systems nur völlig unzureichend einordnen. Mit zunehmendem Wissen über die Merkmale und Determinanten spezifischer Störungen kann und muß die störungsspezifische Diagnostik jedoch weiterentwickelt werden und wird dann eine erhebliche Bedeutung für Indikationsstellung und Evaluation klinisch-psychologischer Behandlungen erhalten.

6.6 Behandlungsorientierte Psychodiagnostik

Eine der wesentlichsten Aufgaben der Klinischen Psychodiagnostik liegt in der Erhebung relevanter Informationen für die psychologische Behandlung, beispielsweise von Behandlungsvoraussetzungen und prognostischen Merkmalen, von Behandlungsverläufen und Veränderungsprozessen bis hin zum Erfassen der Wirkungen psychologischer Maßnahmen. Da im Laufe der letzten beiden Jahrzehnte die Bedeutung und Anwendung psychologischer Behandlungen erheblich zugenommen haben, ist auch der Bedarf an geeigneten diagnostischen Ansätzen und Verfahren gestiegen, ohne daß jedoch die entsprechenden Grundlagen durch die traditionelle psychologische Diagnostik bereitgestellt werden konnten. Für das Erfassen von Veränderungsprozessen fehlten daher zunächst die konzeptuell-theoretischen und methodischen Vorarbeiten (vgl. Jüttemann 1983); vgl. andererseits auch die von Mischel (1968, 1973) ausgelöste Situationismus-Debatte in der Differentiellen Psychologie.

Impulse für die neue, behandlungsorientierte Diagnostik entstanden hauptsächlich im Rahmen der Verhaltenstherapie. Mit der Entwicklung und klinischen Erprobung der Verhaltensanalyse (vgl. Kap. 6.4.1) setzte eine intensive Diskussion über die theoretischen und methodologischen Unterschiede zwischen der herkömmlichen Diagnostik und den neuen Methoden der Verhaltensdiagnostik ein (vgl. Goldfried & Kent 1972, Schulte 1974, 1976, 1986, Westmeyer 1972, 1976).

Ohne eine solche methodologische Diskussion erfolgte eine Neubestimmung der Aufgaben der Klinischen Psychodiagnostik auch von Vertretern der Klientenzentrierten Psychotherapie, die ebenfalls zur Entwicklung neuer diagnostischer Verfahren führte. Inzwischen werden die verschiedenen Beiträge unter dem Begriff der Behandlungsorientierten Diagnostik zusammengefaßt. Überblicke finden sich im Deutschen u.a. bei Bommert & Hockel (1981), Fischer (1985), Plaum (1982) und Zielke (1982a).

Aus der klientenzentrierten (i.e.S. humanistischen) und der verhaltenstherapeutischen Tradition heraus haben sich zwei Arten einer behandlungsorientierten Diagnostik entwickelt, die Jüttemann (1984) als "therapeutische" und als "qualifizierende" Diagnostik bezeichnet. Beide Auffassungen lassen sich idealtypisch unterscheiden:

- Mit der **therapeutischen Diagnostik** wird eine unmittelbare Rückwirkung auf den Behandlungsprozeß angestrebt, da das diagnostische Ergebnis umgehend von den Beteiligten verarbeitet und zur Veränderung genutzt werden soll. Das diagnostische Vorgehen hat also eine selbst-reflexive Funktion und wird als direkte Hilfe für einen Klienten eingesetzt und verstanden. Durch die diagnostischen Mittel soll der Klient oder die Klientin selbst in die Lage versetzt werden, den Prozeß der Veränderung nach eigenen Erkenntnissen und Bedürfnissen zu steuern; die diagnostischen Methoden dienen also in erster Linie der Unterstützung dieses Prozesses.

Allgemein lassen sich alle diejenigen Vorgehensweisen hier einordnen, in denen die Sicht der Person von sich selbst und die wahrgenommene Problemkonstellation erfaßt werden sollen. In weniger formalisierter Weise dienen dazu Verfahren der Problem- oder Zustandsbestimmung, wie etwa die Ermittlung des Problemverständnisses in der Therapie (vgl. Linsenhoff, Bastine & Kommer 1982) oder auch Bilanzsitzungen, in denen die bisher erreichten Veränderungen reflektiert werden.

Formalisiertere Verfahren sind beispielsweise in der Familienbehandlung entwickelt worden: Bodack & Barten-Wohlgemuth (1981) haben über eine Methode der synchronen Beobachtung und Behandlung von Eltern und Kindern berichtet. Während die Eltern durch eine Einwegscheibe zuschauen, wie ein Modell-Therapeut mit ihren Kindern umgeht, werden sie selbst durch einen zweiten Therapeuten betreut (und behandelt). Auch die bereits erwähnte familientherapeutische Methode des zirkulären Fragens (s. 6.4.5) erfüllt gleichzeitig diagnostische und the-rapeutische Funktionen.

Im Rahmen kognitiver und verhaltenstherapeutischer Behandlungsansätze wird ein besonderer Akzent auf die Selbstbeobachtung und Registrierung des eigenen Erlebens und Verhaltens gelegt, wie sie z.B. in Methoden der Selbstbeobachtung (Sommer 1977) zum Ausdruck kommt. Die systematische Selbstbeobachtung ist ein unumgängliches Element aller Therapiemethoden, die auf die Selbstbehandlung des Klienten abzielen (Fiedler 1981; vgl. auch Scheele 1981). Als diagnostisch-therapeutische Hilfsmittel dienen dabei u.a. Tagesaufzeichnungen und vorstrukturierte Tagesprotokolle (z.B. zum Erfassen von belastenden Ereignissen vor Migräne-

Anfällen) wie auch Ton- und Videoaufnahmen (vgl. auch Bastine & Kommer 1979, Fiegenbaum 1982).

● In der **qualifizierenden Diagnostik** liegt die Hauptzielsetzung in der Optimierung der Behandlung: Die Diagnostik dient hier als Entscheidungshilfe für den Diagnostizierenden bei der Auswahl von Behandlungsmethoden (prognostische oder selektive Indikation), bei der Evaluation eines Behandlungsprogramms (Interventions- oder Erfolgsdiagnostik) oder bei der fortlaufenden diagnostischen Begleitung des Behandlungsverlaufs (Verlaufsdiagnostik und adaptive Indikation). Im folgenden werden diese drei Aspekte der behandlungsorientierten qualifizierenden Diagnostik diskutiert.

(1) Als Kernfrage einer qualifizierenden Diagnostik gilt mit Recht, bei welchen Störungen welche Behandlungsverfahren angezeigt sind. Bedauerlicherweise liegen dazu keine allgemein anerkannten diagnostischen Instrumente vor. Der Rückgriff auf persönlichkeitspsychologisch begründete Verfahren wie das FPI oder das MMPI hat sich nicht bewährt (vgl. Band 1, S. 110-111). Die nosologisch orientierten Vorgehensweisen, wie z.B. die auf dem DSM-III aufbauende Diagnostic Interview Schedule (DIS - vgl. Band 1, S. 112) sind offenbar nur für eine grobmaschige Sichtung (Screening) von schwereren psychischen Störungen geeignet. Zum einen sind die Modellvorstellungen, die diesen diagnostischen Ansätzen zugrunde liegen, zu weit von psychologischen Behandlungsmöglichkeiten entfernt. Zum anderen werden die Prozesse, die zur Aufnahme einer bestimmten Behandlung

führen, augenscheinlich von einer Fülle unterschiedlicher Faktoren beeinflusst, die nur wenig von der rationalen Einsicht gesteuert werden, welche Behandlung für ein vorliegendes Problem optimal ist. Diese Entscheidungsprozesse, die als Therapiestratifikation bezeichnet werden (Schmook, Bastine, Henkel, Kopf & Malchow 1974), hängen u.a. von dem lokalen Versorgungsangebot, allgemeinen Bedingungen der Gesundheitsversorgung, dem "Ruf" therapeutischer Einrichtungen, Präferenzen der Ratsuchenden usw. ab. Es bieten sich daher eher Verfahren an, mit denen Indikationsentscheidungen und deren Auswirkungen deskriptiv erfaßt werden können, z.B. diagnostische Methoden zur Feststellung des Versorgungsbedarfs ("Needs Assessment"; Wittmann 1985) oder zur Dokumentation demografischer und psychologischer Merkmale von Klienten (vgl. Baumann 1982b, Baumann & Krüger 1982).

Darüber hinaus sind innerhalb der einzelnen Therapierichtungen diagnostische Prozeduren erarbeitet worden, mit denen die Indikationsentscheidung jeweils für die betreffende Therapie begründet wird: In der psychoanalytischen Behandlung wird in der Regel durch Probegespräche die "Analysefähigkeit" des Patienten festgestellt. Die Klienten einer klientenzentrierten Psychotherapie entscheiden aufgrund ihrer Erfahrungen mit dem therapeutischen Vorgehen innerhalb der ersten Behandlungsstunden, ob sie diese fortsetzen wollen. In der Verhaltens- und kognitiven Therapie dient die Problemanalyse der Abklärung der Behandlungsziele und auch bereits der genaueren gemeinsamen Planung des therapeutischen Vorgehens.

(2) Bei der evaluativen Diagnostik ist das Ergebnis der Intervention diagnostisch festzustellen. Soll mit der diagnostischen Untersuchung überprüft werden, ob ein Klient nach einer Behandlung beschwerdefrei ist oder zumindest in einem Maß gebessert wurde, daß eine "normale Funktionsfähigkeit" wiederhergestellt werden konnte, so werden sich normative Verfahren wie das FPI, Beschwerdenlisten oder nosologisch begründete Methoden anbieten. Dabei kann man die gleichen Verfahren verwenden, die bei der dimensional oder der nosologischen Klassifikation eingesetzt werden (vgl. Band 1, Kap. 4, S. 106-132).

Therapeutische Veränderungen sind jedoch nicht nur am Erreichen von Normwerten zu messen, sondern auch am Erreichen individueller Zielsetzungen, die ursprünglich zur Aufnahme der Behandlung geführt hatten. Daher ist in den letzten Jahren der Ermittlung von individualisierten Behandlungszielen große Aufmerksamkeit gewidmet worden (vgl. u.a. Behavioral Assessment: Sonderheft Vol. 7, 1985, Kanfer & Grimm 1977, Schmook et al. 1974, Wittmann 1985).

Psychotherapieziele sind meist unzulänglich definierte Kriterien ohne streng logische Abgrenzungen, die als polythe-tische Klassen zu bezeichnen sind; sie überlappen einander und sind durch eine große Zahl nicht genau festgelegter Merkmale bestimmt (Wittmann 1981). Dadurch muß die Kriteriumsbestimmung - etwa auch im Vergleich mit der kriteriumsorientierter Tests in der Pädagogischen Psychologie - breit und flexibel angelegt sein.

Die mit der Ermittlung von Behandlungskriterien verbundenen Probleme sind natürlich schon bald nach Beginn einer syste-

matischen psychologischen Behandlungsforschung diskutiert worden (vgl. Bastine 1969/1975, Farnsworth 1966, Kazdin & Wilson 1978, Kiesler 1973, Shapiro 1964, Waskow & Parloff 1975 u.v.a.). Dabei stellte sich als eine erhebliche Schwierigkeit heraus, daß einerseits die Behandlung eines Klienten individuellen Zielen folgt, andererseits die allgemeine Bewertung einer Behandlung sich nicht allein auf die Demonstration der Wirksamkeit im Einzelfall stützen kann. Aus diesem letzten Grund konnte durch die Methode der klinischen Fallberichte und deren Verbesserungen (z.B. die klinische Einzelfallanalyse: Huber 1973, Petermann 1982, Petermann & Hehl 1979, Plessen 1982) bei dieser Fragestellung keine Abhilfe geschaffen werden. Erst in jüngerer Zeit werden kriterienorientierte Verfahren eingeführt, mit denen eine individualisierte Erfolgsmessung vorgenommen und gleichzeitig ein Gruppenvergleich durchgeführt werden kann. Literaturübersichten finden sich u.a. bei Mintz & Kiesler 1982 und Wittmann 1981, 1985.

Zu unterscheiden sind die prospektive und die retrospektive Erfassung von Behandlungszielen:

Zur **prospektiven Erfolgsdiagnostik** sind vor allem die Erhebung von target complaints (übersetzbar etwa als "Zielsymptome" - Battle et al. 1966), die dynamic assessment method (Malan 1963, Malan, Bacal, Heath & Balfour 1968) und die goal attainment scaling zu erwähnen. Die letzte Methode wird im folgenden Kasten 6.2 dargestellt:

Hier Kasten 6.2 einfügen

Der **retrospektiven Erfolgsdiagnostik** dienen Verfahren, in denen die Bewertung des Behandlungsergebnisses im Nachhin-

Kasten 6.2:

Diagnostik von Behandlungszielen: Goal Attainment Scaling

Das Vorgehen der Goal Attainment Scaling (GAS - Kiresuk & Sherman 1968, Kiresuk & Lund 1979) besteht darin, daß vor oder zu Beginn einer Behandlung eine Liste von Zielbereichen erstellt wird, z.B. "soziale Kontakte aufnehmen", "Medikamentenverbrauch einstellen", "das Studium abschließen". Diese Liste sollte ursprünglich von unabhängigen Personen erstellt werden, wird aber in der Praxis meist von Klient und Therapeut gemeinsam erarbeitet. Die Zielbereiche werden untereinander in ihrer Bedeutsamkeit skaliert, um später einen gewichteten Gesamtwert bestimmen zu können. Die Autoren ließen sich dabei von der Annahme leiten, daß Verbesserungen oder Verschlechterungen in einzelnen Bereichen im Lauf der Behandlung auch auf andere generalisieren, so daß sich ein globaler Besserungsindex rechtfertigen läßt.

Für jeden Zielbereich werden Anker-Beispiele gesammelt, die realistische, präzise und möglichst objektive Kriterien abgeben sollen. Der "wahrscheinlichste" Behandlungsausgang wird mit "Null" skaliert (z.B. Klient besucht wieder regelmäßig Seminare), bessere Ergebnisse werden mit +1 oder +2, Verschlechterungen mit -1 oder -2 bewertet (z.B. Klient absolviert erfolgreich ein Seminar bzw. Klient bricht das Studium ab). Durch diese Skalierung und die Bildung des Gesamtwertes sollen die Ziele verschiedener Klienten untereinander vergleichbar werden.

Das inzwischen weit verbreitete Verfahren weist jedoch einige Probleme auf, für die bisher noch keine Lösungsmöglichkeiten gefunden wurden (zur Kritik vgl. Cytrynbaum,

Ginath, Birdwell & Brandt 1979, Mintz & Kiesler 1982, Smith 1981):

- Die Normierung der Zielbereiche hinsichtlich der realistisch erreichbaren Behandlungsziele (Skalenwert 0) ist extrem schwierig. So zeigte sich allgemein, daß stärker gestörte Klienten diese erwarteten Ziele seltener erreichten als weniger gestörte Personen, was definitionsgemäß nicht sein dürfte.
- Die verhaltensnahe Operationalisierung der Ziele gelingt nicht immer, zumal die strukturellen und funktionalen Zusammenhänge einer Problemkonstellation nicht erfaßt werden.
- Bereits während der Ersterhebung, aber erst recht während der Behandlung, verschieben sich die Zielsetzungen. Dies ist wohl auch nicht anders zu erwarten, wenn die Problemdefinition selbst einen wesentlichen Teil des Veränderungsprozesses ausmacht (vgl. Linsenhoff, Bastine & Kommer 1982, Sorensen, Gorsuch & Mintz 1985).
- Bis jetzt muß als ungesichert gelten, inwieweit die Bildung von Summenwerten auch empirisch gerechtfertigt ist.

ein vorgenommen wird. Eine im Deutschen häufig verwendete Methode ist der aus der klientenzentrierten Tradition heraus entwickelte Veränderungsfragebogen des Erlebens und Verhaltens (VEV - Zielke & Kopf-Mehnert 1978), der in 6.4.3 besprochen wurde.

(3) Die behandlungsorientierte Verlaufsdiagnostik ist auf die kontinuierliche und sequentielle Erfassung von Informationen während der Behandlung ausgerichtet (vgl. Revenstorf 1985). Nach der Unterscheidung Kieslers (1977) zwischen intra- und extratherapeutischen Kriterien können sich diese Erhebungen auf den therapeutischen Kontakt oder auf den Lebenskontext des Klienten beziehen. Überblicke über diese Verfahren geben Greenberg & Pinsof 1986 und Kiesler 1973.

Für die eher seltene Erfassung außertherapeutischer Veränderungserfahrungen des Klienten während des Behandlungsverlaufes hat Grawe (1982) einen Veränderungsprozessbogen vorgestellt: Dem Klienten werden einige Skalen zur Einschätzung seiner Veränderungen in den jeweils letzten drei oder vier Tagen vorgelegt. Mit Hilfe eines Beurteilungsbogens sollen die Veränderungen der drei wichtigsten Probleme, zusätzlich aber auch Veränderungen der Stimmung, der Zukunftserwartungen, des Medikamentenverbrauchs und verschiedener anderer Lebensbereiche beurteilt werden. Durch den einfachen Aufbau und die Durchschaubarkeit der Skalen erhalten diese Selbsteinschätzungen des Klienten bereits in erheblichem Maße therapeutische Funktionen (s.o.).

Dies trifft ebenfalls auf die im Rahmen der klientenzentrierten Psychotherapie entwickelten Klienten-Erfahrungs-

Bögen zu (KEB - Eckert 1974; vgl. auch Schwartz & Eckert 1976), mit denen Klienten ihre Therapieerfahrungen nach jeder Stunde bewerten. Sie schätzen Aussagen ein, wie "im heutigen Gespräch erschienen mir einige meiner Probleme in neuem Licht" oder "so wie das Gespräch heute lief, hat es mich nicht befriedigt". Eine große Zahl derartiger Verfahren zur Beurteilung therapeutischer Prozesse wurde in einer Studie von Orlinsky & Howard (1975) entwickelt und angewendet; unter anderem erhielten die Therapeuten die Aufforderung, für jede Behandlungsstunde ihre Behandlungsziele zu skalieren. Auf Seiten der Therapeuten dienen diese Diagnostica einerseits der Kontrolle therapeutischer Veränderungen, andererseits aber auch der Therapieplanung (vgl. Bastine 1981, Bommert 1981). Auf die Verfahren zur Analyse der verbalen und nonverbalen Interaktion und Kommunikation zwischen Klient und Therapeut, die ebenfalls für eine Verlaufsdiagnostik eingesetzt werden können, wurde in den vorangegangenen Kapiteln schon mehrfach hingewiesen.

6.7 Biografik und Anamnese

Aus der Analyse von Lebensläufen lassen sich Sinnzusammenhänge und handlungsleitende Motive des eigenen Lebens, gesellschaftliche und historische Einflüsse auf die persönliche Entwicklung und die Bedeutung typischer und individueller Erfahrungen gewinnen. Dadurch hat das Erforschen von Lebensläufen für das Verstehen der eigenen Identität in der Therapie wie für die ätiologische und prognostische Forschung eine große Bedeutung.

"Unter biografischen Daten sind verfügbare, subjektiv bedeutsame und transparente Daten aus der Lebensgeschichte einer Person zu verstehen, die diese (oder eine Bezugsperson) einem Diagnostiker schriftlich oder mündlich mitteilt" (Keßler 1982, 4).

Die Biografik stützt sich also auf Informationen, die der Person oder einer wichtigen Bezugsperson unmittelbar, d.h. ohne weitergehende Interpretation, zugänglich sind. Auch die Bedeutsamkeit der Daten bezieht sich auf die subjektive Einschätzung durch den Probanden selbst - und nicht etwa auf die theoretische Perspektive eines Diagnostikers. Das Kriterium der Transparenz bezieht Keßler auf den diagnostischen Erhebungsprozeß - der Proband soll in der Lage sein, die Frage und die Bewertung der Antwort zu durchschauen. Der Klient wird als "Experte seiner selbst" und als "sein persönlicher Wissenschaftler" angesehen, der seine Informationen mit einem diagnostischen Kollegen austauscht (vgl. Groeben 1986, Mahoney 1977, Mischel 1977); Art und Weise, wie die Strukturierung der Lebenszusammenhänge erfolgt,

bleiben der befragten Person weitgehend selbst überlassen. Schließlich beschreiben diese Informationen die Lebensgeschichte einer Person oder Teile daraus - die Daten sind diachron aufgebaut (d.h. in Form einer Verlaufs- oder Entwicklungsschilderung), und die Zeitperspektive erstreckt sich auf längere Zeiträume und nicht nur auf einzelne alltägliche Episoden (vgl. Wiedemann 1987).

Neben dem mündlichen Bericht der Person selbst oder einer Bezugsperson können auch schriftliche Aufzeichnungen, Dokumente, Bilder und Zeugnisse von anderen Personen biografisch analysiert werden.

In der Klinischen Psychologie hat die Biografik eine lange Tradition, die bei Witmer mit dem phänomenologischen-deskriptiven Vorgehen der klinischen Methode ihren Ausgang nahm (vgl. Band 1, S. 11). Zentrales Anliegen einer biografischen Diagnostik ist vor allem die ganzheitliche Beschreibung der Lebensgeschichte einer Person in ihrer Einmaligkeit (vgl. Band 1, 167-169).

Die Beiträge der Biografieforschung zur Klinischen Psychologie zeigen sich nach Wiedemann (1987) in einem ganzen Katalog von Themen:

- Entstehung und Aufrechterhaltung von psychischen und psychosomatischen Störungen wie deren psychische und soziale Kontexte,
- Herausbildung subjektiver Vorstellungen über psychische und psychosomatische Störungen bzw. Krankheiten,

- Erschließen der "Normalpathologie" (d.h. der Grenzbereiche zwischen Gesundheit und Krankheit bzw. Normalität und Abweichung) sowie damit korrespondierende Bereiche der Sozialisationsforschung,
- Lebenslauf und Lebenswelt ("das Individuum und seine Welt"), soweit sie Bruchlinien, Abweichungen und Konfliktpotentiale betreffen,
- psychische Kompetenzen und soziale Ressourcen zur Bewältigung von Krankheit, Leid und Konflikt.

Damit wirkt die Biografik in weite Bereiche einer klinischen Psychologie hinein, die sich auf eine Konzeption lebenslanger Entwicklungsprozesse des Menschen bezieht (s. "Klinische Psychologie der Lebensspanne" - Bastine 1984, 82-84). Bei der Analyse biografischer Daten lassen sich deskriptive (eine umfassende Beschreibung eines Lebenslaufs), ätiologische (biografische Daten als mögliche Ursachen späterer Störungen) und prädiktive Zielsetzungen unterscheiden (Keßler 1982); die prädiktive Diagnostik stützt sich dabei auf die Tatsache, daß biografische Daten oftmals bessere Prädiktoren für künftiges Verhalten abgeben, als beispielsweise Intelligenz -, Persönlichkeits- oder Interessen-Indikatoren.

In der Anamnese wird die Biografik eingeengt auf die Entwicklungsgeschichte einer psychischen Problematik einschließlich der Entstehungsbedingungen aus dem sozialen Umfeld. Die gegenwärtige objektive Lebenssituation wird dabei "verstanden als ein Ergebnis von Entwicklungsprozessen

innerhalb einer zu definierenden Aufeinanderfolge von Umweltkonstellationen" (Boesch 1964, 942).

Nach zahlreichen Vorläufern aus nosologischer (z.B. Jaspers 1973⁹), psychoanalytischer (Dührssen 1980, Thomä 1981) und anthropologischer Sicht (Thomae 1952), sind biografische und anamnestiche Diagnostik jüngst wieder zu Ehren gekommen, wie neue Gesamtdarstellungen zeigen (zur Biografik: Jäger & Nord-Rüdinger 1983, Jüttemann & Thomae 1987, Keßler 1982, Kruse 1985, Quekelberghe 1984, 1985, Wiedemann 1986, 1987; zur Anamnese: Kemmler & Echelmeyer 1978, Keßler & Schmidt 1984, Schmidt & Keßler 1976).

Das wiedererwachte Interesse an der Lebenslaufforschung und -diagnostik ist wohl vor allem auf die verstärkte Orientierung an inhaltlichen Fragestellungen der menschlichen Entwicklung zurückzuführen; unter dieser Perspektive wird die Balance zwischen methodisch-formaler Absicherung und Rekonstruierbarkeits-, Anregungs- und Überraschungs-Werten von Theorien neu bestimmt (vgl. Herrmann 1976 - in Anwendung auf die Biografik: Wiedemann 1987). Als anregend wirkten die Fortschritte der Nachbardisziplinen, die sich mit historisch-beschreibenden Analysen beschäftigen, insbesondere der Soziologie, Ethnologie und Anthropologie (vgl. Fuchs 1984, Kohli & Robert 1984). Darüberhinaus konnten methodische Probleme der Lebenslaufforschung und -diagnostik mit Hilfe der qualitativen oder interpretativen Forschung neu angegangen werden, u.a. mittels der Methoden der Diskursanalyse (zur qualitativen Forschung: vgl. Hopf & Weingarten 1979, Jüttemann 1986, Wiedemann 1986; über interdisziplinäre Ansätze der Diskursanalyse informiert am umfassendsten: van Dijk 1985).

Biografische diagnostische Methoden liegen vor allem zur Anamnese in vielfältiger Variation vor. In ihren methodisch orientierten Überblicken klassifizieren Keßler und Schmidt die Verfahren danach, welche Arten von Ratings vorgenommen werden, inwieweit die Methoden vorstrukturiert sind im Hinblick auf Fragen, Antworten, Aufzeichnung, Auswertung und Interpretation, und ob die Erhebung mündlich oder schriftlich erfolgt (Keßler 1982, Keßler & Schmidt 1984, Schmidt & Keßler 1974). Im Deutschen existieren schriftliche Verfahren zur Anamnese und Biografie in der Stuttgarter Explorations-Serie (S-E-S: Christmann 1977), im Biografischen Inventar zur Diagnose von Verhaltensstörungen (BIV - Jäger, Lischer, Münster & Ritz 1976) und zur Erfassung kritischer Lebensereignisse (vgl. Filipp 1981; vgl. auch Band 1, besonders S. 152-158). Aus tiefenpsychologischer Perspektive sind vor allem Anamnese-Interviews entwickelt worden (vgl. u.a. Argelander 1970, Dührssen 1981, Thomä 1978, Thomä & Kächele 1985).

Van Quekelberghe (1984, 1985) hat die Lebenslaufanalyse als kognitiv orientierten therapeutischen Prozeß ausgearbeitet, der auf die "Aneignung der eigenen Lebensgeschichte" und das Aufdecken handlungsleitender Motive abzielt. Sinnbildende persönliche Motive lassen sich anhand verschiedener Themenkreise oder -komplexe eines Lebenslaufs herausarbeiten, vor allem anhand anschaulicher Leitfiguren und Schlüsselerfahrungen. Der Klient erzählt über sich selbst u.a. in Gestalt einer "Lebenslaufreise", mit der das (Wieder-) Erleben vergangener Ereignisse und Erfahrungen angestrebt wird, wobei das Vorgehen chronologisch, thematisch oder auf

besonders wichtige Ereignisse zentriert sein kann (vgl. auch Fischer 1985).

Die methodischen Probleme biografischer Erhebungen sind erheblich, da es sich hierbei um zwangsläufig retrospektive Rekonstruktionen von Erfahrungen handelt. Die allgemeinen Probleme, die mit einer derartigen Strategie für die ätiologische und genetische Forschung in Kauf genommen werden müssen, wurden in Kap. 5.2 bereits ausführlicher erläutert (Band 1, S. 142-170). Darüber hinaus ergeben sich Schwierigkeiten, die unterschiedlichen Lebensläufe einzelner Personen sinnvoll miteinander zu kombinieren, um aus den Ergebnissen Verallgemeinerungen ableiten zu können (vgl. u.a. Horn, Beier & Wolf 1983, Jüttemann 1985).

Für die biografische Informationssammlung selbst ergeben sich viele Fehlermöglichkeiten durch Erinnerungslücken, aufgrund bewußter oder unbewußter Fehler des Berichtenden, durch begrenzte Reflexionsfähigkeit oder auch aufgrund aktueller Bedingungen des Berichtenden während der Erhebung, z.B. der jeweiligen Stimmungslage. Zur Vermeidung dieser Fehler und einer konzeptionslosen Exploration wird daher die konstruktgeleitete Erfassung von Biografien gefordert, obwohl dies eigentlich der Definition der Biografik (s.o.) widerspricht. Für diese konzeptuelle Ausrichtung der Biografik schlägt Wiedemann (1987) beispielsweise die Orientierung am Lebensgefühl der Person, an der Zeitstruktur des Lebenslaufs oder an der Wechselwirkung von Lebenslage und Lebenssituation vor. Zum Beispiel "Ich bin ein Arbeiterkind, das".

Neben ihrem wissenschaftlichen Wert hat die Biografik jedoch auch einen unbestreitbar hohen klinisch-heuristischen Wert. Die Problemgeschichte eines Klienten liefert diesem und seinem Gesprächspartner oft ein hilfreiches Gerüst, um sich in der meist sehr unübersichtlichen gegenwärtigen Lebenssituation zu orientieren. So lassen sich insbesondere Beziehungen zwischen Ereignissen, Erfahrungen oder wiederholten Handlungsweisen aufklären, die in Eigenheiten, Motive oder relativ beständige Konflikte der Person Einblick gewähren. Diese "Themen" können über längere Zeiträume hinweg beibehalten werden. Eine besondere Bedeutung haben die mit den Erfahrungen und Erinnerungen verbundenen Gefühle und Stimmungen: "Moods linked to auto-biographical memories should be especially influential (Kihlstrom & Cantor 1984)" (Showers & Cantor 1985, 2869).

Der therapeutische Einsatz der Biografik hat dabei für den Klienten die Funktion, einerseits die derzeitige Lebenssituation und die gegenwärtigen Probleme in einem umfassenden Sinne verständlich zu machen, andererseits aber auch das Entstehen der Problematik nachzuvollziehen. Die Rekonstruktion des persönlichen Lebenslaufs muß dabei vor allem subjektiven Wahrheitsansprüchen genügen, da sie in der aktuellen, psychisch belastenden Situation in erster Linie dazu dient, eine Sichtung und Klärung der persönlichen Lebenssituation und -umstände vorzunehmen. Dieses Vorgehen soll damit idealerweise vom Bezugssystem des Klienten und nicht von einer psychologischen Theorie ausgehen, in die die Daten des Klienten erst nachträglich eingeordnet werden. Die biografischen Schlußfolgerungen sollten allerdings in Anbetracht der methodischen Unsicherheiten mit Vorsicht gezogen

6.8 "Klinische Methode" und klinische Urteilsbildung

Wie in der Einleitung von Kap. 6 anhand eines Beispiels dargestellt wurde, sind klinische Diagnostiker in der Regel mit einer Fülle von Informationen konfrontiert. Nicht nur Testbefunde, sondern auch unmittelbare Eindrücke vom Probanden, Schilderungen über seine Erlebnisse und Erfahrungen, biografische Daten und berichtete oder beobachtete Umweltgegebenheiten sind zu bewerten, zu gewichten und in einen Gesamteindruck zu integrieren. Während dieses Prozesses ist immer wieder zu entscheiden, ob die bisherigen Informationen wirklich ausreichen, oder ob nicht noch zusätzliche Daten eingeholt und weitere Quellen erschlossen werden sollen.

Dieses Vorgehen soll es ermöglichen, den gegenwärtigen psychischen Zustand einer Person mit Hilfe eines theoretischen Bezugssystems einzuordnen; Ziel der psychologischen Diagnostik ist eine Diagnose oder Prognose. Mit der Diagnose soll nach Westmeyer (1972) nicht nur der gegenwärtige Zustand einer Person beschrieben werden, sondern dieser auch auf ursächliche Bedingungen zurückgeführt und damit erklärt werden. Mit der Prognose ist ein ähnlich hoher wissenschaftstheoretischer Anspruch verbunden, nämlich zukünftiges Verhalten vorherzusagen, so z.B. die Erfolgsaussichten einer bestimmten psychotherapeutischen Behandlung einzuschätzen.

Der Diagnostiker hat also in diesem Prozeß zum einen die adäquaten "Fragen" an den Klienten zu stellen, zum anderen auch die möglichen "treatments" gegeneinander abzuwägen.

Treatments sind hier ganz allgemein als Entscheidungen darüber zu verstehen, welche Veränderungsmaßnahmen für eine Person bei bestimmten äußeren Gegebenheiten am sinnvollsten sind (vgl. Tack 1984). In diese Entscheidungen fließen normative und empirische Elemente mit ein, etwa über die klinische Bedeutsamkeit bestimmter Symptome oder über die Behandlungsprognose. Insofern wird auf allgemeine technologische Gesetzmäßigkeiten und Normen Bezug genommen - die diagnostische Beurteilung ist kasuistisch, da der Klient als "Fall eines Allgemeinen" aufgefaßt und charakterisiert wird (zu den Begriffen der Kasuistik und Biografik vgl. Kap. 5.2.5, Band I, S. 167).

Die in der Praxis vollzogene Datenintegration - die Einordnung und Bewertung der erhobenen Informationen - wird meist als klinische Urteilsbildung bezeichnet. Dieser Begriff ist in der Literatur mittlerweile etabliert, obwohl er in zweifacher Hinsicht unglücklich ist (vgl. Scheller & Heil 1980):

Einmal legt die "Urteilsbildung" eine endgültige Entscheidung nahe, die eine diagnostische Stellungnahme als unverrückbar und statisch erscheinen läßt. In der Regel widerspricht dies aber direkt dem prozeßhaften und dynamischen Geschehen des diagnostischen Vorgehens.

Zum anderen bezeichnet das Attribut "klinisch" zwar den Anwendungsbereich, in dem die diagnostischen Informationen ermittelt wurden - die gleichen Probleme stellen sich jedoch auch bei der forensischen oder pädagogischen Diagnostik. Dabei wird mit dem Begriff "klinisch" jedoch die intuitive, auf klinischem Erfahrungswissen basierende und auf

den einzelnen Fall abgestimmte Art der Informationsverarbeitung gemeint, wie sie überwiegend in der klinisch-psychologischen Praxis anzutreffen ist.

Als Urteilsbildung wird der Teil des diagnostischen Vorgehens bezeichnet, in dem bereits erhobene diagnostische Daten ausgewertet werden - im wesentlichen also Prozesse der Interpretation und der Integration.

Weniger um die Planung und Durchführung der diagnostischen Datenerhebung als um die intuitive, am klinischen Erfahrungswissen und am Einzelfall orientierte Urteilsbildung entbrannte eine hitzige Kontroverse, die auch heute noch keineswegs abgeschlossen ist (vgl. Wittmann 1981). Seit der Veröffentlichung des Buches von Meehl (1954) wird diese Kontroverse unter dem Stichwort "klinische vs. statistische Vorhersage" (oder Urteilsbildung) geführt; Meehl selbst hat die heftige Debatte, die schon drei Jahrzehnte lang andauert, in dem Beitrag "Courses and effects of my disturbing little book" amüsant und ironisch kommentiert (Meehl 1984). Seither werden zwei Strategien der diagnostischen Urteilsbildung unterschieden: Wenn die Prädiktor-Variablen anhand von statistischen Beziehungen kombiniert und gewichtet werden, die sich aus empirischen Analysen in einer oder mehreren Normierungsgruppen ergeben haben, wird von statistischer Vorhersage gesprochen. Für die intuitive Zusammenfassung und Auswertung der Prädiktor-Merkmale auf der Basis klinischer Erfahrungen ist klinische Vorhersage der eingeführte Begriff (vgl. Wiggins 1981).

Meehl (1954) führte seinen folgeschweren Vergleich zwischen den beiden Arten der Datenverarbeitung (klinischer

vs. statistischer (aktuarieller) Vorhersage) anhand vorgegebener Testdaten durch, wobei die Validität auf unterschiedliche Weise ermittelt wurde. Der Vergleich zwischen beiden Arten diagnostischer Urteilsbildung stützte sich zunächst auf 20 Untersuchungen, in denen die Prädiktion aufgrund vorliegender quantifizierter Testdaten getroffen wurde. Die vorherzusagenden Kriterien waren: Erfolg in irgendeiner Art von Training oder Ausbildung, Rückfälle unterschiedlicher Art und die Besserung psychotischer Störungen. Bis auf eine Studie war die Genauigkeit der statistisch berechneten Vorhersagen vergleichbar oder besser als die von klinischen Experten getroffenen.

Eine große Zahl nachfolgender Untersuchungen hat dieses Ergebnis bei vielen angewandten psychologischen Entscheidungen wie College-Abschluß, Piloten-Training, Besserungen von psychisch kranken Personen und sogar Rückfälligkeit auf Bewährung entlassener Strafgefangener bestätigt. Nach allen vorliegenden Übersichten kann inzwischen nicht mehr bezweifelt werden, daß bei dieser diagnostischen Aufgabenstellung - Vorhersage eines gut operationalisierbaren Kriteriumswertes aufgrund vorliegender quantifizierter diagnostischer Daten - durch einfache statistische Modelle präzisere Vorhersagen geliefert werden als durch klinische Experten (vgl. die ausgezeichneten Überblicke von Kleinmuntz 1984; Wiggins 1973, 1981). Dies liegt unter anderem auch daran, daß selbst Experten mit ausgezeichneten Vorhersagemodellen ihr eigenes Modell inkonsistent anwenden und daher Einbußen in ihrer Prädiktionsvalidität hinnehmen müssen (Wiggins 1973).

Gleichzeitig mit der empirischen Bestätigung setzte allerdings auch die konzeptuelle Kritik ein, die maßgeblich von Holt (1958, 1970) geprägt wurde. Zur Bewertung dieser Ergebnisse wurden von Holt und anderen folgende Gesichtspunkte in die Debatte eingebracht:

- Viele Kriterien, über die Vorhersagen zu machen sind, lassen sich nur schwer operationalisieren; zudem fehlen oftmals ausreichende empirische Daten darüber, wie die Prädiktoren mit den Kriterien zusammenhängen.
- Bei der auf persönlichkeitspezifische Merkmale gestützten Kriteriumsvorhersage werden situative Bedingungen weitgehend vernachlässigt, u.a. auch in ihren intervenierenden Funktionen.
- Nicht quantifizierte diagnostische Daten werden vernachlässigt.
- Der Aufwand für die statistische Vorhersage ist wesentlich größer als für die klinische; wenn Experten sich auf die statistischen Zusammenhänge stützen könnten, würden ihre Vorhersagen wesentlich verbessert (allerdings sind die empirischen Belege dazu widersprüchlich); die statistischen Modelle wurden immer aus dem Expertenwissen abgeleitet und hatten dadurch von vornherein eine Relevanzgarantie (Wittmann 1985, 295).
- In den Vergleichsstudien wurden zu heterogene Untersuchungsergebnisse zusammengefaßt, die auf unterschiedlichsten Fragestellungen, Daten, Beurteilungen, Kriterien usw. basierten (vgl. Leichner 1978); für spezifi-

sche diagnostische Anwendungsbereiche sind daraus kaum konkrete Schlüsse zu ziehen.

Für die klinische Urteilsbildung sind zusammenfassend aus der konzeptuellen Debatte und den empirischen Daten zwei Schlußfolgerungen zu ziehen:

- Es ist zu präzisieren, unter welchen Bedingungen klinische bzw. statistische diagnostische Entscheidungen zu bevorzugen sind. Klinische Urteilsbildungen scheinen im Entdeckungskontext ihre Stärken zu haben, wenn Rahmenbedingungen und situative Faktoren der diagnostischen Untersuchung flexibel und kreativ zu berücksichtigen sind. Dazu gehören beispielsweise besondere Ereignisse während der diagnostischen Erhebung. Im "Entdeckungskontext" steht auch die angemessene Abstimmung von diagnostischer Fragestellung, Auswahl geeigneter diagnostischer Verfahren und der diagnostischen Schlußfolgerungen, d.h. wann welche Verfahren eingesetzt werden und vor allem auch, wie die Mitarbeit des Probanden erreicht und aufrechterhalten werden kann. Im Rechtfertigungskontext dagegen, d.h. wenn bereits normative Erkenntnisse über den Zusammenhang zwischen Prädiktoren und Kriterien vorliegen, sind statistische Prozeduren der Informationsverarbeitung eindeutig überlegen (zur Unterscheidung von Entdeckungs- und Rechtfertigungskontext vgl. Reichenbach 1959; Wiggins 1973).

- Genaue Analysen klinischer (und anderer praktischer) Entscheidungsprozesse können zeigen, welche Fehlerquellen die Validität der Urteilsbildung gefährden und auf welche

Art und Weise die klinischen Entscheidungen verbessert werden können. Durch retrospektive Analysen und die Simulation von Urteilsabläufen (vgl. Dawes 1986, Kleinmuntz 1984, Wiggins 1981) läßt sich das Schlußfolgern der diagnostischen Experten nachvollziehen. Darüber hinaus lassen sich auch Gemeinsamkeiten zwischen klinischer und statistischer Vorgehensweise entdecken (vgl. Michel & Iseler 1968). Es liegen also schon genügend Ergebnisse über die Entscheidungsheuristiken von Experten und über fehlerhafte Informationsverarbeitungen vor, die für die klinische Diagnostik genutzt werden könnten.

Wird in das diagnostische Vorgehen zusätzlich die Planung und Durchführung der Datenerhebung miteinbezogen, bei dem der Kliniker über die Art und Weise der Informationsgewinnung entscheidet, so wird von klinischer Methode gesprochen. Der gesamte diagnostische Prozeß besteht also aus drei Schritten:

- Planung und Durchführung der Datenerhebung
- Dateninterpretation
- Datenintegration.

Der prozessuale Charakter des diagnostischen Vorgehens ist vor allem deshalb so zu betonen, weil sich die einzelnen Teilprozesse gegenseitig bedingen: Einerseits können nur diejenigen Daten diagnostisch verarbeitet werden, die auch tatsächlich erhoben wurden; andererseits ergibt sich aus der Datenauswertung auch meistens die Notwendigkeit, gezielt weitere Informationen zu erheben, um die während des diagnostischen Prozesses neu auftretenden Fragen und Hypothesen abzuklären. Über den Ablauf des diagnostischen

Geschehens, einschließlich der Urteilsbildung, gibt es in neuerer Zeit eine Reihe von Sammeldarstellungen (vgl. Jäger 1982, 1983, Jäger, Mattenklott & Schröder 1984, Kaminski 1970, Leichner 1978, 1983).

Bei der Untersuchung der diagnostischen Urteilsbildung wurden u.a. häufig auftretende **Fehler** bei der Entscheidungsfindung analysiert und eine fatale Diskrepanz zwischen Urteilssicherheit und der Validität des eigenen Urteils festgestellt.

In Tabelle 6.5 werden einige ausgewählte Urteilsfehler dargestellt, die während der Datenerhebung, bei der Urteilsbildung, der Darstellung der Ergebnisse und der Korrektur (Feedback) des diagnostischen Urteils begangen werden können.

- hier etwa Tabelle 6.5 einfügen -

Wiggins (1981, 14) hat die entscheidenden Probleme anhand der vorliegenden Forschungsergebnisse in vier Frage-Antwort-Sequenzen prägnant formuliert:

- (a) Ist die klinische Urteilsbildung in ihrer Leistungsfähigkeit in irgend einer Weise herausragend? Das heißt, können Kliniker besser als normale Leute unbestimmte Ergebnisse vorhersagen? Antwort: wahrscheinlich nicht.
- (b) Ist irgend etwas Besonderes an dem Beurteilungsprozeß von Klinikern? Antwort: wahrscheinlich nicht.
- (c) Sind die Beurteilungsfehler von Klinikern entscheidend anders als die anderer professioneller Entscheider

I. Diagnostische Datenerhebung

- Verfügbarkeitsfehler

Bestimmte Informationen können leichter aus dem Gedächtnis abgerufen werden und beeinflussen die Beurteilung von Häufigkeiten

Häufigkeiten von gut bekannten Ereignissen (z.B. Krebs als Todesursache) werden überschätzt, die Häufigkeiten von weniger gut bekannten Ereignissen (z.B. Diabetes als Todesursache) werden unterschätzt

Zufällige Verfügbarkeit über bestimmte Schlüsselreize in der momentanen Umgebung beeinflußt das Urteil

Problemlösung kann behindert/erleichtert werden durch zufällig wahrgenommene Reize in einer bestimmten Umgebung (Hinweisreize setzen oft kognitive 'Richtungen' frei)

- Selektive Wahrnehmung

Menschen strukturieren Probleme auf der Basis ihrer eigenen Erfahrungen

Dasselbe Problem wird von einem 'Marketingmanager' als ein 'Marketingproblem', von einem Finanzfachmann als 'Finanzproblem' eingeschätzt

Erwartungen über das, was man zu sehen erhofft, verfälschen das, was man tatsächlich sieht

Eine eigene psychische Problematik des/r Diagnostikers/in schärft oder trübt die Problemwahrnehmung beim Klienten

Menschen suchen hypothesenkonforme Informationen

Interviewer suchen eher Informationen, die den ersten Eindruck bestätigen als widerlegen

Menschen unterschlagen konflikthafte Information

Informationen, die nicht zu einem konsistenten Muster passen, werden geringer gewichtet

- Häufigkeit

Vorhersagen werden nach absoluten Häufigkeiten anstatt nach relativen Häufigkeiten gefällt

Die absolute Anzahl von Erfolgen wird stärker gewichtet als die relative Anzahl von Erfolgen im Vergleich zu den dafür unternommenen Versuchen

- Datendarbietung

Logische Datendarbietung

In sich konsistente und überzeugend dargestellte Problemgeschichten verbinden klinische Einwände

II. Diagnostische Informationsverarbeitung

- Inkonsistenz

Unfähigkeit, eine konsistente Urteilsstrategie auf eine Reihe sich wiederholender Aufgaben anzuwenden

Inkonsistente Verwendung prognostischer Kriterien bei der Beurteilung der Rückfallgefährdung bei verschiedenen Personen

- Nonlineare Extrapolation

Unfähigkeit, Wachstumsprozesse zu extrapolieren; Tendenz, die verbundene Wahrscheinlichkeit von mehreren Ereignissen zu unterschätzen

Das Zusammenwirken von Lebenskontext und Therapie wird unterschätzt

- Repräsentativitäts-Heuristik

Die Wahrscheinlichkeit eines Ereignisses wird nach der angenommenen Ähnlichkeit zwischen dem Ereignis und der Kategorie der es angehören soll, geschätzt

Vorhersage depressiven Verhaltens aufgrund eines hohen Fragebogenwertes auf einer Depressions-Skala

- Gesetz der 'kleinen' Zahl

Eigenschaften von kleinen Stichproben werden als repräsentativ für die ganze Population genommen

Therapeutische Einzelfälle werden zu stark generalisiert

- Sozialer Druck

Sozialer Druck, z.B. Gruppendruck, kann Menschen dazu bringen, ihre Urteile zu verändern

Höhere Einweisungswahrscheinlichkeit durch öffentlichen Druck bei psychisch kranken Personen

- Konsistenz der Datenquellen

Konsistenz von Informationsquellen kann das Vertrauen in das Urteil erhöhen, nicht aber die Vorhersagegenauigkeit

Menschen schätzen eine größere Informationsmenge höher ein, auch wenn Information redundant ist

III. Ergebnisbeurteilung

- 'Wishful thinking'

Vorliebe für bestimmte 'outcomes' von Ereignissen beeinflusst die Ergebnisse

Bei hoher Erfolgserwartung werden mögliche Therapieschädigungen eher übersehen

- 'Illusion of control'

Schon die Tatsache, daß über ein unsicheres Ereignis eine Vorhersage getroffen wird, kann das Gefühl von Kontrolle über dieses Ereignis induzieren

Aktivitäten wie Planen oder Treffen von Vorhersagen induzieren das Gefühl der Kontrolle über eine unsicheres Ereignis

IV. Feedback der diagnostischen Beurteilung

- Erfolgs-/Mißerfolgsattribution

Tendenz, Erfolge den eigenen Fähigkeiten, Mißerfolge aber dem Zufall zuzuschreiben

Behandlungserfolge werden den eigenen Fähigkeiten, Mißerfolge ungünstigen Umständen zugesprochen

- Beurteilung im Nachhinein ('Hindsight bias')

Im Rückblick sind Menschen selten überrascht über das, was sich ereignet hat. Sie finden leicht plausible Erklärungen dafür.

Ein plötzlicher Therapieabbruch erscheint nachträglich als "vorhersehbar"

Tab. 6.5: Beschreibung und Beispiele **ausgewählter** Urteilsfehler bei Datenerhebung, Informationsverarbeitung, Ergebnisbeurteilung und Feedback der diagnostischen Beurteilung (modifiziert nach HOGARTH 1980 und WITTMANN 1985)

(z.B. Börsenmakler, Ärzte, Elektroingenieure)? Antwort: sicher nicht.

- (d) Also unter der Voraussetzung, daß Kliniker, Laien und andere Professionelle im gleichen Boot sitzen: Wie sollte man die charakteristischen Beurteilungs- und Schlußfolgerungsstrategien im Hinblick auf die Anforderungen an wissenschaftliches Schlußfolgern bewerten? Antwort: mit 4-.

Wiggins tröstet sich damit, daß die Klinischen Psychologen dadurch wenigstens nicht blamiert sind, denn die gefundenen Ergebnisse charakterisieren den Gegenstand der Urteilsbildung ganz allgemein und nicht eine spezielle Gruppe von Experten.

Die Ungenauigkeit des eigenen Urteils steht in deutlichem Kontrast zum Vertrauen in die eigene Urteilsfähigkeit - dies hat die Erforschung der klinischen Urteilsbildung, des Entscheidungsverhaltens von Experten und der von ihnen abgegebenen Wahrscheinlichkeitsschätzungen unmißverständlich gezeigt (u.a. Einhorn & Hogarth 1978). Diesen nachgewiesenen Schwächen der Urteilsbildung zum Trotz haben die meisten Professionellen ein hohes Vertrauen in ihre Urteilskraft. Kahnemann & Tversky (1973) konnten zeigen, daß Menschen ihrem Urteil sehr vertrauen, wenn die ihnen vorliegenden Informationen in sich konsistent und/oder extrem sind, obwohl gerade diese Faktoren zu einem vorsichtigeren Urteilen führen sollten. Die beiden Autoren bezeichnen es als Validitäts-Illusion, wenn Urteilende bei hoch fehleranfälligen Entscheidungen ihre Sicherheit in ihre eigene Urteilsfähigkeit beibehalten. Die Persistenz der Validitäts-Illusion hat mehrere Gründe:

- Es werden oft keine Informationen gesucht und verwendet, die gegen die bisherige Beurteilung sprechen könnten.
- Der Einfluß von Umweltbedingungen auf die Prognose wird unzureichend berücksichtigt.
- Bei der Kodierung, Speicherung und Verarbeitung der Informationen werden keine Gedächtnishilfen verwendet (Einhorn & Hogarth, 1978, 413).

Erschwert wird die Korrektur fehlerhaften Urteilens dadurch, daß bei einer negativen Entscheidung (z.B. Ablehnung einer Behandlungsmaßnahme oder Behandlungsabbruch) typischerweise das Geschehen nicht weiter verfolgt wird; ein derart begrenztes Feedback kann dann durchaus fälschlicherweise die Einschätzung der eigenen Urteilskompetenz verstärken, wenn die verbliebenen Fälle erfolgreich behandelt werden (Einhorn & Hogarth 1981, 79). Offenbar tragen mehr und gewichtigere Faktoren zur Stabilisierung der Urteilskompetenz bei, als es angemessen wäre.

Wie kann diese fatale Überschätzung, der eben auch erfahrene Kliniker unterliegen, abgebaut werden? Am wenigsten wirksam ist es, den Beurteilern die möglichen Fehlerquellen lediglich aufzuzeigen und sie zu bitten, diese zu vermeiden (Wiggins 1981). Anscheinend ist es ungeheuer schwer, Kliniker zu einer Veränderung ihres Beurteilungsverhaltens zu bewegen; anstelle gutgemeinter Ratschläge leisten Workshops und ausgefeilte Argumentationen schon wesentlich brauchbarere Hilfen (vgl. Dawes 1986).

Aus der Analyse von Entscheidungsprozessen weiß man, daß beispielsweise die Repräsentativitäts-Heuristik eine besondere Stellung in der klinischen Urteilsbildung einnimmt. Die Repräsentativitäts-Heuristik (s. Tab. 6.5) geht davon aus, daß eine Vorhersage dann zutreffender sein wird, wenn Prädiktor und Kriterium einander ähnlich sind und damit die Prädiktoren das Kriterium in gewissem Maß repräsentieren. Diese Annahme ist zweifellos vernünftig, jedoch ist bei einer diagnostischen oder prognostischen Beurteilung die jeweilige Basisrate in Rechnung zu stellen, auf die sich die Aussage bezieht. So führt beispielsweise ein hoher Wert auf der Depressionsskala des MMPI recht häufig zur Diagnose "Depression", obwohl der prädiktive Zusammenhang lediglich 0,10 beträgt und die Basisrate der Depression mit nur etwa einem Fall auf 1.000 Patienten sehr niedrig ist.

Andererseits werden auch Aussagen über eine Person schnell akzeptiert, wenn sie sozialen Stereotypen entsprechen ("Sie haben ein starkes Bedürfnis, von anderen anerkannt zu werden"). Die meisten Personen werden derartige Beschreibungen als genaue Schilderungen ihrer Person wahrnehmen, obwohl sie nahezu auf jedermann zutreffen (Barnum-Effekt; Snyder, Schenkel & Lowery 1977). Kliniker laufen nun Gefahr, ihren Klienten solche hochwahrscheinlichen Beschreibungen zu vermitteln - mit der Folge, daß die Bestätigung der Klienten ihn oder sie in der Überzeugung festigt, die richtige Interpretation geleistet zu haben (vgl. Turk & Salovey 1985). Es ist zu hoffen, daß die genauere Kenntnis von Entscheidungsabläufen und Fehlerquellen dazu führt, den Unzulänglichkeiten des Beurteilungsprozesses aktiv zu begegnen (vgl. Kahneman, Slovic & Tversky 1982). Entscheidende Ver-

besserungen werden jedoch wohl erst durch systematische Hilfen bei der Erhebung, Speicherung und Auswertung der Informationen möglich. Diese diagnostischen Hilfen beginnen beim schlichten Registrieren und Niederschreiben der ermittelten Basisraten problematischer Ereignisse, um so die typische Überschätzung der Häufigkeit klinisch relevanter Ereignisse zu erkennen und damit das "pathologische Vorurteil" zu korrigieren, das nahezu zwangsläufig mit dem klinischen Kontext verbunden zu sein scheint. Weitere Verbesserungen sind mit computergestützter diagnostischer Informationsverarbeitung zu erreichen (vgl. Kleinmuntz 1984, Dawes 1986). Eindeutig überlegen ist die computergestützte Informationsverarbeitung vor allem dann, wenn bereits gesicherte Erkenntnisse über die normativen Zusammenhänge zwischen Prädiktoren und Kriterien vorliegen und sowohl Prädiktoren wie Kriterien gut operationalisierbar sind.

Eine weitere Hilfe dürfte durch die Erforschung von Entscheidungsprozessen im natürlichen Kontext entstehen: Die klinische Urteilsbildung wird vermutlich stark von Entscheidungsmodellen profitieren, die veränderliche und adaptive Schlußfolgerungen in alltagsnahen Kontexten untersuchen (vgl. Dörner 1976, Dörner, Kreuzig, Reither & Ständel 1983, Hogarth 1981).

Inhaltlich und methodisch könnte die klinische Urteilsbildung sicher auch von den neuen Ansätzen der interpretativen Verfahren profitieren, da hier in der Regel die diagnostischen Ergebnisse zwischen verschiedenen Personen (z.B. zwischen Klient/in und Therapeut/in) konsensual abgestimmt werden müssen. Für das Erkennen von Zusammenhängen und eine

(möglichst unverzerrte) Kommunikation der beteiligten Personen könnten diese Ansätze wertvolle Beiträge liefern, insbesondere deshalb, weil das Kriterium bei vielen klinisch-diagnostischen Feststellungen nicht allein durch das Expertenurteil, sondern durch die Interaktion zwischen Klient/in und Diagnostiker/in bestimmt wird.

6.9 Ausblick

Die Klinische Psychodiagnostik ist in vielfacher Weise mit den Grundlagen und anderen Anwendungsfeldern der psychologischen Diagnostik verbunden. Charakteristisch ist für sie die Absicht, Aspekte des Erlebens und Verhaltens untereinander zu verbinden, die starke Orientierung an Veränderungsprozessen, die "Mehrebenen-Analyse" der Körper-Person-Umwelt-Interaktionen und die enge Verknüpfung mit normativen Kriterien (vgl.: allgemeines klinisch-psychologisches Veränderungsmodell: Band 1, S. 74-85).

Die Schwerpunkte klinisch-psychologischer Diagnostik sollen in der folgenden Tabelle veranschaulicht werden (Tab. 6.6): Mit zunehmender klinischer Spezialisierung lassen sich drei Ansätze unterscheiden, wobei die auf bestimmte psychische Störungen und Probleme ausgerichtete Diagnostik am weitesten klinisch spezialisiert ist. In der vertikalen Untergliederung der Tab. 6.x wird anhand der Verknüpfung von Personenmerkmalen mit Merkmalen der Umwelt (ökopsychologische Aspekte) wie mit denen des Körpers (biopsychologische Aspekte) die Breite der diagnostischen Ansätze in der Klinischen Psychologie deutlich.

	Psychol. Aspekte (Erleben und Verhalten)	Ökopsychol. Aspekte (Person-Umwelt-Beziehung)	Biopsychol. Aspekte (Person-Körper-Beziehung)
I. Allgemeine diagnostische Zielsetzung mit klinisch-psychologischen Anwendungsmöglichkeiten	Persönlichkeitsmerkmale -struktur Selbstkonzept, -einschätzung, -wert Skills, Kompetenzen Fähigkeiten	Lebensbereiche wie Arbeit + Beruf, Familie, Partner- schaft, soz. Bezie- hungen, Freizeit Wohnsituation, ökologi- sche Lebensbedingun- gen, materielle Res- ourcen, Lebensstil soziale Unterstützung/ Isolation	Gesundheit, Fitness Behinderungen organische Störungen und Krankheiten
II. Allgemeine klinische Psychodiagnostik (allgemeiner Befund und Screening)	Wohlbefinden, Befind- lichkeit, psychische Beschwerden, allg. klinische Symptomatik	ökopsychol. <u>Determinan- ten psychischer Stö- rungen</u> (z.B. chron. Arbeitsbelastung) ökopsychol. <u>Begleit- und Folgeerscheinun- gen psychischer Stö- rungen/Belastungen</u> (z.B. Arbeitsplatz- verlust bei Alkohol- abhängigkeit)	biopsychol. <u>Determinan- ten psychischer Störun- gen</u> (z.B. organische Schäden) biopsychol. <u>Begleit- und Folgeerscheinungen</u> psychischer Störungen/ Belastungen (z.B. "psychosomati- sche Störungen")
III. <u>Spezielle klinische</u> Psychodiagnostik (störungsspezifische Diagnostik)	Beispiel: <u>klinische Ängste</u> Angsterleben, Stress gestörte Informations- verarbeitung Verhaltensbeschrän- kungen/Vermeidungs- verhalten	ökopsychol. <u>Determinan- ten klin. Ängste</u> (z.B. Sozialisations- bedingungen, Partnerkonflikte) ökopsychol. <u>Begleit- und Folgeerscheinungen</u> klin. Ängste (z.B. soz. Rückzug, verringerte Leistung in bestimmten Situationen)	biopsychol. <u>Determinan- ten klin. Ängste</u> (z.B. vegetative Dystonie) biopsychol. <u>Begleit- und Folgeerscheinungen</u> klin. Ängste (z.B. Störungen des Herz-Kreislauf- Systems)

Tab. 6.6: Überblick zur Klinischen Psychodiagnostik

- Abelson, R. P. (1981). Psychological status of the script concept. American Psychologist, 36, 715-729.
- Achenbach, T. M., & Edelbrock, C. S. (1978). The classification of child psychopathology: A review and analysis of empirical efforts. Psychological Bulletin, 85, 1275-1301.
- Achenbach, T. M., & Edelbrock, C. S. (1984). Psychopathology of childhood. Annual Review of Psychology, 35, 227-256.
- Alevizos, P. N., & Callahan, E. J. (1977). Assessment of psychotic behavior. In A. R. Ciminero, K. S. Calhoun & H. E. Adams (Eds.) (pp. 683-721).
- Amelang, M., & Nährer, W. (1981). Apparative Tests. In U. Baumann, H. Berbalk & G. Seidenstücker (Eds.), Band 4 (pp. 134-157).
- Anchin, J. C., & Kiesler, D. J. (Eds.) (1982). Handbook of interpersonal psychotherapy. New York: Pergamon.
- Argelander, H. (1970). Das Erstinterview in der Psychotherapie. Darmstadt: Wissenschaftliche Buchgesellschaft.
- Argelander, H. (1982). Der psychoanalytische Beratungsdiallog. Studien zur Textstruktur und Deutung an formalisierten Protokolltexten. Göttingen: Verlag für Medizinische Psychologie.
- Arnkoff, D. B., & Glass, C. R. (1982). Clinical cognitive constructs: Examination, evaluation, and elaboration. In P. C. Kendall (Ed.), Advances in cognitive-behavioral research and therapy. Vol. 1. New York: Academic Press.
- Bales, R. F., & Cohen, S. P. (1979). SYMLOG - A system for the multiple level observation of groups (1). New York: Free Press.
- Balint, M., Ornstein, P. H., & Balint, E. (1973). Fokaltherapie. Ein Beispiel angewandter Psychoanalyse. Frankfurt: Suhrkamp.

- Barlow, D. H. (1977). Assessment of sexual behavior. In A. R. Ciminero, K. S. Calhoun & H. E. Adams (Eds.) (pp. 461-508).
- Barlow, D. H. (Ed.) (1981). Behavioral assessment of adult disorders. New York: Guilford.
- Bartling, G., Echelmeyer, L., Engberding, M., & Krause, R. (1980). Problemanalyse im therapeutischen Prozess. Stuttgart: Kohlhammer.
- Bastine, R. (1975). Methoden der Psychotherapieforschung. In W. J. Schraml & U. Baumann (Eds.) (pp. 664-701).
- Bastine, R. (1981). Adaptive Indikationen in der zielorientierten Psychotherapie. In U. Baumann (Ed.) (pp. 158-168).
- Bastine, R. (1987). Entwicklungen und Kontroversen in der Klinischen Psychologie. In M. Amelang (Ed.), Bericht über den 35. Kongress der Deutschen Gesellschaft für Psychologie in Heidelberg 1986. (im Druck). Göttingen: Verlag für Psychologie.
- Bastine, R., Fiedler, P. A., Grawe, K., Schmidtchen, S., & Sommer, G. (Eds.) (1982). Grundbegriffe der Psychotherapie. Weinheim: edition psychologie.
- Bastine, R., & Kommer, D. (1979). Konfrontation als Strategie psychotherapeutischen Handelns. In L. H. Eckensberger (Ed.), Bericht über den 31. Kongress der Deutschen Gesellschaft für Psychologie in Mannheim. Band 2 (pp. 412-416). Göttingen: Verlag für Psychologie.
- Battle, C., Imber, S., Hoehn-Saric, R., Stone, A., Nash, E., & Frank, J. (1966). Target complaints as criteria of improvement. American Journal of Psychotherapy, 20, 184-192.
- Baumann, U. (1982a). Psychodiagnostische Verfahren zur Therapie-Indikation und Effektkontrolle. In R. Bastine, P. A. Fiedler, K. Grawe, S. Schmidtchen & G. Sommer (Eds.) (pp. 287-292).

- Baumann, U. (1982b). Dokumentation in der Psychotherapie. In U. Baumann, H. Berbalk & G. Seidenstücker (Eds.), Band 5 (pp. 149-176).
- Baumann, U. (Ed.) (1981). Indikation zur Psychotherapie: Perspektiven für Praxis und Forschung. München: Urban & Schwarzenberg.
- Baumann, U. (Ed.) (1984). Psychotherapie: Makro-/Mikro-perspektive. Göttingen: Verlag für Psychologie.
- Baumann, U., Berbalk, H., & Seidenstücker, G. (Eds.) (1978-1984). Klinische Psychologie: Trends in Forschung und Praxis. Band 1-6. Bern: Huber.
- Baumann, U., & Krüger, G. (1982). Merkmalszusammenstellung für Psychotherapie-Dokumentation. In U. Baumann, H. Berbalk, & G. Seidenstücker (Eds.), Band 5 (pp. 177-185).
- Baumann, U., & Stieglitz, R. D. (1983). Testmanual zum AMDP-System. Heidelberg: Springer.
- Baumgärtel, F. (1983). Konzepte, Methoden und Ergebnisse der Familiendiagnostik. In W.-R. Minzel & R. Scheller (Eds.), Band 5: Diagnostik (pp. 35-61).
- Bayer, G. (1974). Verhaltensdiagnose und Verhaltensbeobachtung. In C. Kraiker (Ed.) (pp. 255-275).
- Becker, P. (1985). Bewältigungsverhalten und seelische Gesundheit. Zeitschrift für Klinische Psychologie, 14, 169-184.
- Beckmann, D., Brähler, E., & Richter, H.-E. (1983). Der Giessen-Test (GT). Bern: Huber.
- Beckmann, D., & Richter, H.-E. (Eds.) (1979). Erfahrungen mit dem Gießen-Test (GT) - Praxis, Forschung und Tabellen. Bern: Huber.
- Benjamin, L. S. (1974). Structural Analysis of Social Behavior. Psychological Review, 81, 392-425.

- Benjamin, L. S. (1982). Use of Structural Analysis of Social Behavior (SASB) to guide intervention in psychotherapy. In J. C. Anchin & D. J. Kiesler (Eds.) (pp. 190-212).
- Berbalk, H., & Kohlhaas, A. (1987). Interpersonale Diagnostik in der Verhaltenstherapie. (in press). In F. Caspar (Ed.).
- Biermann-Ratjen, E., Eckert, J., & Schwartz, H. J. (1979). Gesprächspsychotherapie: Verändern durch Verstehen. Stuttgart: Kohlhammer.
- Birbaumer, N. (Ed.) (1973). Neuropsychologie der Angst. München: Urban & Schwarzenberg.
- Blackwell, R. T., Galassi, J. P., Galassi, M. D., & Watson, Th. (1985). Are cognitive assessment methods equal? A comparison of think aloud and thought listing. Cognitive Therapy and Research, 9, 399-413.
- Blanchard, E. B. (1981). Behavioral assessment of psychophysiological disorders. In D. H. Barlow (Ed.) (pp. 239-269).
- Block, J. (1981). The Q-Sort Method in Personality Assessment and Psychiatric Research. Springfield: C. C. Thomas.
- Bodack, R., & Barten-Wohlgemuth, I. (1981). Diagnostik als therapeutische Intervention. In H. Bommert & M. Hockel (Eds.) (pp. 115-128).
- Boesch, E. E. (1964). Die diagnostische Systematisierung. In R. Heiss (Ed.), Handbuch der Psychologie. Band 6: Psychologische Diagnostik (pp. 930-959). Göttingen: Verlag für Psychologie.
- Boice, R. (1983). Observational skills. Psychological Bulletin, 93, 3-29.
- Bommert, H. (1981). Problemschwerpunkte klinisch-psychologischer Diagnostik. In H. Bommert & M. Hockel (Eds.) (pp. 17-33).

- Bommert, H. (1982). Grundlagen der Gesprächspsychotherapie. Theorie, Praxis, Forschung. Stuttgart: Kohlhammer.
- Bommert, H., & Dahlhoff, H. D. (Eds.) (1978). Das Selbsterleben (Experiencing) in der Psychotherapie. München: Urban & Schwarzenberg.
- Bommert, H., & Hockel, M. (Eds.) (1981). Therapieorientierte Diagnostik. Stuttgart: Kohlhammer.
- Borkovec, T. D., Weerts, T. C., & Bernstein, D. A. (1977). Assessment of anxiety. In A. R. Ciminero, K. S. Calhoun & H. E. Adams (Eds.) (pp. 367-428).
- Bottenberg, E. H., & Keller, J. A. (1975). Beitrag zur empirischen Erfassung von Selbst-Aktualisierung. Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie, 23, 21-53.
- Bowers, K. S., & Meichenbaum, D. (Eds.) (1985). The unconscious reconsidered. New York: Wiley.
- Brandau, H., Skatsche, R., & Ruch, W. (1984). Die Vorhersagevalidität und Verhaltensrelevanz einer multidimensionalen Testbatterie zur Erfassung von "Selbstsicherheit". Zeitschrift für Klinische Psychologie, 13, 77-87.
- Brehony, K. A., & Geller, E. S. (1981). Agoraphobia: Appraisal of research and a proposal for an integrative model. In M. Hersen, R. M. Eisler & P. M. Miller (Eds.), Progress of Behavior Modification. Vol. 12. New York: Academic Press.
- Brickenkamp, R. (1986). Handbuch apparativer Verfahren in der Psychologie. Göttingen: Verlag für Psychologie.
- Bronfenbrenner, U. (1977). Toward an experimental ecology of human development. American Psychologist, 32, 513-531.
- Brownell, K. D. (1981). Assessment of eating disorders. In D. H. Barlow (Ed.) (pp. 329-404).

- Brown, G. W., & Harris, T. O. (1978). The social origins of depression: A study of psychiatric disorders in woman. London: Tavistock.
- Burke, M. J., & Normand, J. (1987). Computerized psychological testing: Overview and critique. Professional Psychology: Research and Practice, 18, 42-51.
- Butcher, J. N., Keller, L. S., & Bacon, S. F. (1985). Current developments and future directions in computerized personality assessment. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 53, 803-815.
- Butler, J. M., & Haigh, G. V. (1954). Changes in the relation between self-concepts and ideal-concepts consequent upon client-centered counseling. In C. R. Rogers & R. F. Dymond (Eds.) (pp. 55-75).
- Buttgereit, P. (1980). Testdiagnostik. In W. Wittling (Ed.) (1980a),, Band 1 (pp. 158-233).
- Campbell, D. T., & Fiske, D. W. (1959). Convergent and discriminant validation by the multitrait multimethod matrix. Psychological Bulletin, 56, 81-105.
- Cartwright, D., & Weisz, G. (1984). Self-report ratings and inventories. In M. Hersen, L. Michelson & A. S. Bellack (Eds.) (pp. 133-167).
- Caspar, F. M. (1986). Die Plananalyse als Konzept und Methode. Verhaltensmodifikation, 7, 235-256.
- Caspar, F. M. (Ed.) (1987). Problemanalyse in der Psychotherapie. Bestandsaufnahme und Perspektiven. Tübingen: DGVT.
- Caspar, F. M., & Grawe, U. (1982). Vertikale Verhaltensanalyse (VVA): Analyse des Interaktionsverhaltens als Grundlage der Problemanalyse und Therapieplanung. Bern: Forschungsbericht des Psychologischen Instituts.
- Cattell, R. B. (1958). What is "objective" in "objective personality tests"? Journal of Counseling Psychology, 5, 285-289.

- Cattell, R. B. (1965). The significant analysis of personality. Harmondsworth: Penguin.
- Christmann, H. F. (1977). Stuttgarter Explorationsserie (S-E-S). Tübingen: Deutsche Gesellschaft für Verhaltenstherapie.
- Ciminero, A. R., Calhoun, K. S., & Adams, H. E. (Eds.) (1977). Handbook of Behavioral Assessment. New York: Wiley-Interscience.
- Collegium Internationale Psychiatria Sclorum (Ed.) (1986). Internationale Skalen für Psychiatrie. Weinheim: Beltz.
- Cone, J. D., & Foster, S. L. (1982). Direct observation in clinical psychology. In P. C. Kendall & J. N. Butcher (Eds.) (pp. 311-354).
- Cone, J. D., & Hawkins, R. P. (Eds.) (1977). Behavioral assessment: New directions in clinical psychology. New York: Brunner/Mazel.
- Conte, H. R. (1986). Multivariate assessment of sexual dysfunction. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 54, 149-157.
- Cronbach, L. J., & Gleser, G. C. (1965²). Psychological tests and personnel decisions. Urbana: University of Illinois Press.
- Curran, J. P., & Wessberg, H. W. (1981). Assessment of social inadequacy. In D. H. Barlow (Ed.) (pp. 405-438).
- Cytrynbaum, S., Ginath, Y., Birdwell, J., & Brandt, L. (1979). Goal attainment scaling. A critical review. Evaluation Quarterly, 3, 5-40.
- Dana, R. H. (1984). Assessment for health psychology. Clinical Psychology Review, 4, 459-476.
- Davanloo, H. (Ed.) (1980). Short-term dynamic psychotherapy. New York: Aronson.
- Davis, R. M. (1986). Representative thinking in clinical judgement. Clinical Psychology Review, 6, 425-441.

Dehmel, S., & Wittchen, H.-U. (1984). Anmerkungen zur retrospektiven Erfassung von Lebensereignissen und Lebensbedingungen bei Verlaufsuntersuchungen. Zeitschrift für Klinische Psychologie, 13, 88-110.

Dejong, R., Heinrich, G., & Noppeney, G. (1985). Die Erfassung "antidepressiver" Gedanken sowie der subjektiven Bewertung dieser Bewältigungsstrategien bei depressiven Patienten und nicht-depressiven Kontrollpersonen. Zeitschrift für Klinische Psychologie, 4, 39-52.

Depue, R. A., & Monroe, S. M. (1986). Conceptualization and measurement of human disorder in life stress research: The problem of chronic disturbance. Psychological Bulletin, 99, 36-51.

Derogatis, L. R., Lipman, R. S., Rickels, K., Uhlenmuth, E. H., & Covi, L. (1974). The Hopkins Symptom Checklist (HSCL): A measure of primary symptom dimensions. In P. Pichot & R. Olivier-Martin (Eds.), Psychological measurements in psychopharmacology (pp. 79-110). Basel: Karger.

Deusinger, I. M. (1986). Frankfurter Selbstkonzeptskalen (FSKN). Göttingen: Verlag für Psychologie.

Deutsche Gesellschaft für Verhaltenstherapie (Ed.) (1978). Fragebogen zur Lebensgeschichte (A. A. Lazarus, 1973). Materialien Nr. 8. Tübingen: DGVT.

Deutsche Gesellschaft für Verhaltenstherapie (Ed.) (1978a). Fortschritte in der Verhaltenstherapie/Verhaltenstherapie in der psychosozialen Versorgung - Kongreßbericht Berlin 1977. Tübingen: DGVT.

Deutsche Gesellschaft für Verhaltenstherapie (Ed.) (1986). Verhaltenstherapie - Theorien und Methoden. Tübingen: DGVT.

Dijk, T. A. van (Ed.) (1985). Handbook of discourse analysis. Vols. I-IV. New York: Academic Press.

Dörner, D. (1976). Problemlösen als Informationsverarbeitung. Stuttgart: Kohlhammer.

- Dörner, D., Kreuzig, H. W., Reither, F., & Ständel, Th. (Eds.) (1983). Lobhausen. Vom Umgang mit Unbestimmtheit und Komplexität. Bern: Huber.
- Doke, L. A. (1976). Assessment of children's behavioral deficits. In M. Hersen & A. S. Bellack (Eds.) (pp. 493-536).
- Dührssen, A. (1981). Die biographische Anamnese unter tiefenpsychologischem Aspekt. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Dymond, R. F. (1954). Adjustment changes over therapy from self-sorts. In C. R. Rogers & R. F. Dymond (Eds.) (pp. 76-84).
- Eckert, J. (1974). Prozesse in der Gesprächspsychotherapie. Hamburg: unveröffentlichte Phil. Diss..
- Eggert, D. (Ed.) (1972). Zur Diagnose der Minderbegabung. Weinheim: Beltz.
- Ehlers, A., Margraf, J., & Roth, W. T. (1986). Panik und Angst: Theorie und Forschung zu einer neuen Klassifikation von Angststörungen. Zeitschrift für Klinische Psychologie, 15, 281-302.
- Eich, F., Klug, J., Seidenstücker, G., & Wetzels, H. (1975). Der Role Construct Repertory Test: Ein Instrument zur Analyse interpersoneller Wahrnehmungen in Therapiebeziehungen. Psychologie und Praxis, 19, 79-85.
- Einhorn, H. J., & Hogarth, R. M. (1981). Behavioral decision theory: Processes of judgement and choice. Annual Review of Psychology, 32, 53-88.
- Einhorn, H. J., & Hogarth, R. M. (1978). Confidence in judgement: Persistence of the illusion of validity. Psychological Review, 85, 395-416.
- Eisenberg, N., & Miller, P. A. (1987). The relation of empathy to prosocial and related behavior. Psychological Bulletin, 101, 91-119.

- Eisler, R. M. (1976). Behavioral assessment of social skills. In M. Hersen & A. S. Bellack (Eds.) (pp. 369-395).
- Ekman, P., & Friesen, W. V. (1978). The Facial Action Coding System. Palo Alto: Consulting Psychologists Press.
- Ellgring, H. (1981). Video-unterstützte Diagnostik. In J. C. Brengelmann (Ed.), Entwicklungen der Verhaltenstherapie in der Praxis 1981 (pp. 92-102). München: Röttger.
- Elliott, R. (1984). A discovery-oriented approach to significant events in psychotherapy: Interpersonal process recall and comprehensive process analysis. In L. Rice & L. Greenberg (Eds.), Patterns of change: Intensive analysis of psychotherapy process (pp. 249-286). New York: Guilford.
- Elliott, R. (1986). Interpersonal Process Recall (IRR) as a psychotherapy process research method. In L. S. Greenberg & W. M. Pinsof (Eds) (pp. 503-527).
- Engel, R. R., Knab, B., & Doblhoff-Thun, V. v. (1983). Stationsbeurteilungsbogen (SBB). Manual. Weinheim: Beltz.
- Erdman, H. P., Klein, M. H., & Greist, J. H. (1985). Direct patient computer interviewing. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 53, 760-773.
- Ericsson, U. A., & Simon, H. A. (1980). Verbal reports as data. Psychological Review, 87, 215-251.
- Evans, I. M., & Nelson, R. O. (1977). Assessment of child behavior problems. In A. R. Ciminero, K. S. Calhoun & H. E. Adams (Eds.) (pp. 603-681).
- Eysenck, H. J. (Ed.) (1960). Experiments in personality. Band 1+2. London: Routledge & Kegan Paul.
- Fahrenberg, J. (1975). Die Freiburger Beschwerdenliste FBL. Zeitschrift für Klinische Psychologie, 4, 79-100.

- Fahrenberg, J. (1977). Psychologische Testverfahren. Medizinische Klinik, 72, 825-839.
- Fahrenberg, J. (1983a). Psychophysiologische Methodik. In K.-J. Groffmann, & L. Michel (Eds.) (1983b), (pp. 1-192).
- Fahrenberg, J. (1983b). Taxonomie von Methoden der Datenerhebung. Freiburg i. Br.: unveröffentlichtes Lehrmaterial.
- Fahrenberg, J. (1984). Methodische Überlegungen zur Mehrebenen-Prozeßforschung. In U. Baumann (pp. 198-222).
- Fahrenberg, J. (1987). Multimethodale Diagnostik - eine Einleitung. Diagnostica, 33, 185-187.
- Fahrenberg, J., Hampel, R., & Selg, H. (1984). Das Freiburger Persönlichkeitsinventar (F-P-I). Göttingen: Verlag für Psychologie.
- Farnsworth, K. (1966). Application of scaling techniques to the evaluation of counseling outcomes. Psychological Bulletin, 66, 81-93.
- Feuerlein, W., Küfner, H., Ringer, Ch., & Antons, K. (1978). Münchener Alkoholismus-Test MALT. Weinheim: Beltz.
- Fiedler, P. A. (1979). Diagnostische und therapeutische Verwertbarkeit kognitiver Verhaltensanteile. In N. Hoffmann (Ed.), Grundlagen kognitiver Therapie (pp. 205-251). Bern: Huber.
- Fiedler, P. A. (1986). Veränderung durch Beziehung? Verlauf und Struktur von Beziehungsmustern in einer kognitiven Verhaltenstherapie und in einer Krisenintervention. Heidelberg: Vortrag auf dem Symposium "Psychotherapeutische Prozeßforschung".
- Fiegenbaum, W. (1982). Konfrontationsverfahren. In R. Bastine, P. A. Fiedler, K. Grawe, S. Schmidtchen & G. Sommer (Eds.) (pp. 222-224).

- Filipp, S.-H. (Ed.) (1979). Selbstkonzept-Forschung: Probleme, Befunde, Perspektiven. Stuttgart: Klett - Cotta.
- Fischer, P. (Ed.) (1985). Therapiebezogene Diagnostik. Ansätze für ein neues Selbstverständnis. Tübingen: DGVT.
- Fisch, H.-U., Frey, S., & Hirsbrunner, H.-P. (1983). Analyzing nonverbal behavior in depression. Journal of Abnormal Psychology, 92, 307-318.
- Fiske, D. W. (1971). Measuring the concepts of personality. Chicago: Aldine.
- Fiske, D. W. (1987). On understanding our methods and their effects. Diagnostica, 33, 188-194.
- Forgas, J. P. (1982). Episode cognition: Internal representations of indication routines. In Berkowitz, L. (Eds.), Advances in experimental social psychology (pp. 59-101). New York: Academic Press.
- Forgas, J. P. (Ed.) (1981). Social cognition: Perspectives on everyday understanding. New York: Academic Press.
- Fowler, R. D. (1985). Landmarks in computer-assisted psychological assessment. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 53, 748-759.
- Fransella, F., & Bannister, D. A. (1977). Manual for Repertory Grid Technique. New York: Academic Press.
- Frey, S. (1984). Die nonverbale Kommunikation. Stuttgart: SEL-Stiftung.
- Fuchs, W. (1984). Biografische Forschung. Opladen: West-deutscher Verlag.
- Fydrich, T., Sommer, G., Menzel, U., & Höll, B. (1987). Fragebogen zur Sozialen Unterstützung (SOZU). Zeitschrift für Klinische Psychologie, 8, im Druck.
- Genero, N., & Cantor, N. (1986). Exemplar prototypes and clinical diagnosis: Towards a cognitive economy. Journal of Social and Clinical Psychology, 5, 59-78.

- Glass, C. R., & Merluzzi, T. V. (1981). Cognitive assessment of social-evaluative anxiety. In T. V. Merluzzi, C. R. Glass & M. Genest (Eds.) (pp. 388-438).
- Goldfried, M. R. (1976). Behavioral assessment. In I. B. Weiner (Ed.), Clinical methods in psychology (pp. 281-330). New York: Wiley.
- Goldfried, M. R., & Kent, R. N. (1972). Traditional versus behavioral personality assessment: A comparison of methodological and theoretical assumptions. Psychological Bulletin, 77, 409-420.
- Goldfried, M. R., & Sprafkin, J. N. (1976). Behavioral personality assessment. In J. T. Spence, R. C. Carson & J. W. Thibaut (Eds.), Behavioral approaches to therapy. Morristown, N.J.: General Learning Press.
- Goldstein, A. J., & Chambless, D. L. (1978). A reanalysis of agoraphobia. Behavior Therapy, 9, 45-51.
- Goldstein, G., & Hersen, M. (Eds.) (1984). Handbook of psychological assessment. New York: Pergamon.
- Graesser, A. C., & Clark, L. F. (1985). Structures and procedures of implicit knowledge. Norwood, N.J.: Ablex.
- Grawe, K. (1980b). Die diagnostisch-therapeutische Funktion der Gruppeninteraktion in verhaltenstherapeutischen Gruppen. In K. Grawe (Ed.) (1980a), Verhaltenstherapie in Gruppen. (pp. 88-223). München: Urban & Schwarzenberg.
- Grawe, K. (1982). Der Veränderungsprozeßbogen (VPB). In M. Zielke (Ed.) (1982a), (pp. 231-252).
- Grawe, K., & Dzielwas, H. (1978). Interaktionelle Verhaltenstherapie. In Deutsche Gesellschaft für Verhaltenstherapie (Ed.) (1978a), (pp. 27-49).
- Greenberg, L. S., & Pinsof, W. M. (Eds.) (1986). The psychotherapeutic process: A research handbook. New York: Guilford.

- Groeben, N. (1986). Handeln, Tun, Verhalten als Einheiten einer verstehend-erklärenden Psychologie. Tübingen: A. Franke.
- Groffmann, K.-J., & Michel, L. (Eds.) (1982a). Grundlagen psychologischer Diagnostik. Enzyklopädie der Psychologie. Band II.1. Göttingen: Verlag für Psychologie.
- Groffmann, K.-J., & Michel, L. (Eds.) (1982b). Persönlichkeitsdiagnostik. Enzyklopädie der Psychologie. Band II.3. Göttingen: Verlag für Psychologie.
- Groffmann, K.-J., & Michel, L. (Eds.) (1983a). Intelligenz- und Leistungsdiagnostik. Enzyklopädie der Psychologie. Band II.2. Göttingen: Verlag für Psychologie.
- Groffmann, K.-J., & Michel, L. (Eds.) (1983b). Verhaltensdiagnostik. Enzyklopädie der Psychologie, Band II.4. Göttingen: Verlag für Psychologie.
- Gynther, M. D., & Green, S. B. (1982). Methodological problems in research with self-report inventories. In P. C. Kendall & J. N. Butcher (Eds.) (pp. 355-386).
- Häcker, H. (1982). Objektive Tests zur Messung der Persönlichkeit. In K.-J. Groffmann & L. Michel (Eds.) (1982b), (pp. 132-185).
- Häcker, H., Schmidt, L. R., Schwenkmezger, P., & Utz, H. E. (1975). Objektive Testbatterie OA-TB 75. Manual. Weinheim: Beltz.
- Häcker, H., & Schmidt, L. R. (1984). Objektive Persönlichkeitstests. In L. R. Schmidt (pp. 247-255).
- Häcker, H., & Schwenkmezger, P. (1984). Persönlichkeitsfragebogen. In L. R. Schmidt (Ed.) (pp. 220-246).
- Hahlweg, K. (1986). Partnerschaftliche Interaktion. München: Röttger.
- Hahlweg, K., Schindler, L., & Revenstorf, D. (1982). Partnerschaftsprobleme: Diagnose und Therapie. Heidelberg: Springer.

- Hartmann, H. A. (Ed.) (1984). Psychologische Begutachtung: Problembereiche und Praxisfelder. München: Urban & Schwarzenberg.
- Hasemann, K. (1983). Verhaltensbeobachtung und Ratingverfahren. In K.-J. Groffmann & L. Michel (Eds.) (1983b), (pp. 434-448).
- Hathaway, S. R., & McKinley, J. C. (1951). Minnesota Multiphasic Personality Inventory. New York: Psychological Corporation.
- Hathaway, S. R., & McKinley, J. C. (1963). MMPI-Saarbrücken: Handbuch zur deutschen Ausgabe des Minnesota Multiphasic Personality Inventory. Bern: Huber.
- Haubl, R., & Spitznagel, A. (1983). Diagnostik sozialer Beziehungen. In K.-J. Groffmann & L. Michel (Eds.) (1983b), (pp. 702-858).
- Haynes, S. N. (1978). Principles of behavioral assessment. New York: Gardner.
- Haynes, S. N., & Jensen, B. J. (1979). The interview as a behavioral assessment instrument. Behavioral Assessment, 1, 97-106.
- Haynes, S. N., & Wilson, C. C. (1979). Behavioral assessment. Recent advances in methods, concepts, and applications. San Francisco: Jossey-Bass.
- Heilveil, I. (1984). Video in der Psychotherapie. München: Urban & Schwarzenberg.
- Helm, J. (1978). Gesprächspsychotherapie. Berlin: VEB Deutscher Verlag der Wissenschaften.
- Henry, W. P., Schacht, Th. E., & Strupp, H. H. (1986). Structural analysis of social behavior: Application to a study of interpersonal process in differential psychotherapeutic outcome. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 54, 27-31.
- Herrmann, T. (1976). Die Psychologie und ihre Forschungsprogramme. Göttingen: Verlag für Psychologie.

- Hersen, M., & Bellack, A. S. (1977). Assessment of social skills. In A. R. Ciminero, K. S. Calhoun & H. E. Adams (Eds.) (pp. 509-554).
- Hersen, M., & Bellack, A. S. (Eds.) (1976). Behavioral Assessment: A Practical Handbook. New York: Pergamon.
- Hersen, M., & Bellack, A. S. (Eds.) (1987). Dictionary of behavioral assessment techniques. New York: Pergamon.
- Hersen, M., Michelson, L., & Bellack, A. S. (Eds.) (1984). Issues in psychotherapy research. New York: Plenum.
- Hersen, M., & Turner, S. M. (Eds.) (1985). Diagnostic Interviewing. New York: Plenum.
- Hörmann, H. (1982). Theoretische Grundlagen der projektiven Verfahren. In K.-J. Groffmann & L. Michel (Eds.) (1982a), (pp. 173-247).
- Hoffmann, N., Schädlich, W., & Schiller, U. (1976). Diagnostik bei Depressiven. In N. Hoffmann (Ed.), Depressives Verhalten. Psychologische Modelle der Ätiologie und der Therapie (pp. 192-217). Salzburg: Otto Müller.
- Hogarth, R. M. (1980). Judgement and choice. The psychology of decision. Chichester: Wiley.
- Hogarth, R. M. (1981). Beyond discrete biases: Functional and dysfunctional aspects of judgement heuristics. Psychological Bulletin, 90, 197-217.
- Holt, R. R. (1958). Clinical and statistical prediction: A reformulation and some new data. Journal of Abnormal and Social Psychology, 56, 1-12.
- Holt, R. R. (1978). Methods in clinical psychology: Prediction and research. New York: Plenum.
- Hopf, C., & Weingarten, E. (Eds.) (1979). Qualitative Forschung. Stuttgart: Klett.

- Hornstein, W. (1977). Beratung in der Erziehung - Ansatzpunkte, Voraussetzungen, Möglichkeiten - eine Einführung. In W. Hornstein, R. Bastine, H. Junker & C. Wulf (Eds.) (pp. 21-60).
- Horn, K., Beier, C., & Wolf, M. (1983). Krankheit, Konflikt und soziale Kontrolle. Opladen: Westdeutscher Verlag.
- Horowitz, L. M., & Vitkus, J. (1986). The interpersonal basis of psychiatric symptoms. Clinical Psychology Review, 6, 443-469.
- Huber, H. P. (1973). Psychometrische Einzelfalldiagnostik. Weinheim: Beltz.
- Huber, W., Poeck, K., Weniger, D., & Willmes, K. (1983). Aachener Aphasie-Test (AAT). Göttingen: Verlag für Psychologie.
- Hugdahl, K. (1981). The three-systems-model of fear and emotion - A critical examination. Behaviour Research and Therapy, 19, 75-85.
- Innerhofer, P. (1974). Ein Regelmodell zur Analyse und Intervention in Familie und Schule. Zeitschrift für Klinische Psychologie, 3, 1-29.
- Innerhofer, P. (1978). Verfahren zur Beobachtung und Analyse von Mutter-Kind-Interaktionen. In P. Sbandi & A. Vogl (Eds.), Lebenselement Gruppe. München: Pfeiffer.
- Jacob, T. (1976). Assessment of marital dysfunction. In M. Hersen & A. S. Bellack (Eds.) (pp. 397-417).
- Jacobson, N. S., Elwood, R. W., & Dallas, M. (1981). Assessment of marital dysfunction. In D. H. Barlow (Ed.) (pp. 439-479).
- Jäger, R. S. (1982). Diagnostische Urteilsbildung. In K.-J. Groffmann & L. Michel (Eds.) (1982a), (pp. 295-375).
- Jäger, R. S. (1983). Der diagnostische Prozeß. Eine Diskussion psychologischer und methodischer Randbedingungen. Göttingen: Verlag für Psychologie.

- Jäger, R. S. (1986). Der diagnostische Prozeß. Göttingen: Verlag für Psychologie.
- Jäger, R. S., Lischer, S., Münster, B., & Ritz, B. (1976). Biografisches Inventar zur Diagnose von Verhaltensstörungen (BIV). Göttingen: Verlag für Psychologie.
- Jäger, R. S., Mattenklott, A., & Schröder, R.-D. (Eds.) (1984). Diagnostische Urteilsbildung in der Psychologie: Grundlagen und Anwendungen. Göttingen: Verlag für Psychologie.
- Jäger, R. S., & Nord-Rüdinger, D. (1983). Biografische Analyse. In W.-R. Minzel & R. Scheller (Eds.) (pp. 62-82).
- Janke, W., Erdmann, G., & Kallus, W. (1985). Streßverarbeitungsfragebogen (SVF). Göttingen: Verlag für Psychologie.
- Janke, W., & Debus, G. (1978). Die Eigenschaftswörterliste (EWL). Göttingen: Verlag für Psychologie.
- Jankowski, P., Tscheulin, D., Fietkau, H.-J., & Mann, F. (Eds.) (1976). Klientenzentrierte Psychotherapie heute. Göttingen: Verlag für Psychologie.
- Jaspers, K. (1973). Allgemeine Psychopathologie. Heidelberg: Springer.
- Jüttemann, G. (1981). Komparative Kasuistik als Strategie psychologischer Forschung. Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie, 29, 101-118.
- Jüttemann, G. (1983). Die Beziehung zwischen Differentieller und Klinischer Psychologie. In W.-R. Minzel & R. Scheller (Eds.) (pp. 11-34).
- Jüttemann, G. (Ed.) (1984). Neue Aspekte klinisch-psychologischer Diagnostik. Göttingen: Verlag für Psychologie.
- Jüttemann, G. (Ed.) (1985). Qualitative Forschung in der Psychologie. Grundfragen, Verfahrensweisen, Anwendungsfelder. Weinheim: Beltz.

- Jüttemann, G., & Thomae, H. (Eds.) (1987). Biografie und Psychologie. Heidelberg: Springer.
- Kächele, H., & Mergenthaler, E. (1984). Auf dem Wege zur computergestützten Textanalyse in der psychotherapeutischen Prozessforschung. In U. Baumann (Ed.) (pp. 223-239).
- Kagan, N. (1975). Interpersonal process recall: A method of influencing human interaction. East Lansing, MI: Unpublished manuscript.
- Kahneman, D., Slovic, P., & Tversky, A. (1982). Judgement under uncertainty: Heuristics and biases. Cambridge, MA: Cambridge University Press.
- Kahneman, D., & Tversky, A. (1973). On the psychology of prediction. Psychological Review, 80, 251-273.
- Kaiser, P. (1982). Kompetenz als erlernbare Fähigkeit zur Analyse und Bewältigung von Lebenssituationen auf mehreren Ebenen. Oldenburg: Bibliotheks- und Informationssystem.
- Kalbermatten, U. (1982). The self-confrontation interview. An evaluation of a research method. Forschungsbericht: Psychologisches Institut der Universität Bern.
- Kaminski, G. (1976). Rahmentheoretische Überlegungen zur Taxonomie psychodiagnostischer Prozesse. In K. Pawlik (Ed.) (pp. 45-70).
- Kammer, D. (1983). Eine Untersuchung der psychometrischen Eigenschaften des deutschen Beck-Depressionsinventars (BDI). Diagnostica, 29, 48-60.
- Kanfer, F. H. (1985). Die Bedeutung von Informationsverarbeitungsmodellen für das diagnostisch-therapeutische Gespräch. Verhaltensmodifikation, 6, 3-19.
- Kanfer, F. H., & Grimm, L. G. (1977). Behavioral analysis: Selecting target behaviors in the interview. Behavior Modification, 1, 7-28.

- Kanfer, F. H., & Hagermann, S. M. (1984). Behavior Therapy and the information processing paradigm. In S. Reiss, & R. R. Bootzin (Eds.), Theoretical issues in behavior therapy. New York: Academic Press.
- 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.
- Kanfer, F. H., & Saslow, G. (1969). Behavioral diagnosis. In C.M. Franks, Behavior therapy: Appraisal and status (German translation in: D. Schulte (Ed.) (1974) (pp. 24-59)) (pp. 417-444). New York: McGraw Hill.
- Kazdin, A. E., & Straw, M. K. (1976). Assessment of behavior of the mentally retarded. In M. Hersen & A. S. Bellack (Eds.) (pp. 337-368).
- Kazdin, A. E., & Wilson, G. T. (1978). Criteria for evaluating psychotherapy. Archives of General Psychiatry, 35, 407-416.
- Kelly, G. A. (1955). The psychology of personal constructs. Band I+II. New York: Norton.
- Kemmler, L. (1965). Die Anamnese in der Erziehungsberatung. Bern: Huber.
- Kemmler, L., & Borgart, J. (1982). Interpersonelles Problemlösen. Zu einer deutschen Fassung des Mittel-Ziel-Problemlösungs-Verfahrens (means-ends problem-solving procedure) v. Spivack, Platt u. Shure. Diagnostica, 28, 307-325.
- Kemmler, L., & Echelmeyer, L. (1978). Anamnese-Erhebung. In L. J. Pongratz (Ed.) (pp. 1628-1648).
- Kendall, P. C. (1984). Behavioral assessment and methodology. In G. T. Wilson, C. M. Franks, K. D. Brownell & P. C. Kendall (Eds.), Annual Review of Behavior Therapy. Vol. 9 (pp. 39-94). New York: Guilford.
- Kendall, P. C., Butcher, J. N. (Eds.) (1982). Handbook of research methods in clinical psychology. New York: Wiley.

- Kendall, P. C., & Hollon, S. D. (Eds.) (1981). Assessment strategies and cognitive-behavioral interventions. New York: Academic Press.
- Kendall, P. C., & Norton-Ford, J. D. (1982). Clinical Psychology. Scientific and professional dimensions. New York: Wiley.
- Kernberg, O. (1981). Structural interviewing. Psychiatric Clinics of North America, 4, 169-195.
- Kessler, B. H. (1982). Biografische Diagnostik. In K.-J. Groffmann & L. Michel (Eds.) (1982b), (pp. 1-56).
- Kessler, B. H. (1984). Behaviorale Diagnostik. In L. R. Schmidt (Ed.) (pp. 164-189).
- Kessler, B. H., & Schmidt, L. R. (1984). Anamnese und Ratingverfahren. In L. R. Schmidt (Ed.) (pp. 206-219).
- Kiesler, D. J. (1973). The process of psychotherapy: Empirical foundations and systems of analysis. Chicago: Aldine.
- Kiesler, D. J. (1977). Die Mythen der Psychotherapieforschung und ein Ansatz für ein neues Forschungsparadigma. In F. Petermann (Ed.), Psychotherapie-Forschung (pp. 7-50). Weinheim: Beltz.
- Kiesler, D. J. (1982). The 1982 Interpersonal Circle: A taxonomy for complementary in human transactions. Richmond: Virginia Commonwealth University.
- Kiesler, D. J. (Ed.) (1973). The process of psychotherapy. Empirical foundations and systems of analysis. Chicago: Aldine.
- Kiesler, D.J., Anchin, J.C., Perkins, M.J., Chirico, B.M., Kyle, E.M., & Federman, E.J. (1976). The Impact Message Inventory. Form II. Richmond: Virginia Commonwealth University.

- Kihlstrom, J. F., & Cantor, N. (1984). Mental representations of the self. In Berkowitz, L. (Ed.), Advances in experimental social psychology (pp. 1-47). New York: Academic Press.
- Kiresuk, T. J., & Lund, S. H. (1979). Goal attainment scaling: Research, evaluation, and utilization. In H. C. Schulberg & F. Baker (Eds.), Program evaluation in the health fields (pp. 214-237). New York: Human Sciences Press.
- Kiresuk, T. J., & Sherman, R. (1968). Goal attainment scaling: A general method for evaluating comprehensive community mental health programs. Community Mental Health Journal, 4, 443-453.
- Kleiber, D. (Ed.) (1981). Handlungstheorie in der Anwendung - Beiträge aus dem Bereich der klinischen und pädagogischen Psychologie. Tübingen: Deutsche Gesellschaft für Verhaltenstherapie
- Kleinmuntz, B. (1984). The scientific study of clinical judgement in psychology and medicine. Clinical Psychology Review, 4, 111-126.
- Koch, U. (1980). Möglichkeiten und Grenzen einer Messung von Affekten mit Hilfe der inhaltsanalytischen Methode nach Gottschalk und Gleser. Medizinische Psychologie, 6, 81-94.
- Koch, U. (Ed.) (1986). Sprachinhaltsanalyse in der psychosomatischen und psychiatrischen Forschung. Weinheim: Beltz.
- Kohli, M., & Robert, G. (Eds.) (1984). Biografie und soziale Wirklichkeit. Neue Beiträge und Forschungsperspektiven. Stuttgart: Metzler.
- Kommer, D., & Bastine, R. (1983). The method of retrospective think about in psychotherapy process research. In W.-R. Minsel & W. Herff (Eds.), Methodology in psychotherapy research (pp. 85-99). Frankfurt: Verlag Peter Lang.

- Korchin, S. J., & Schuldberg, D. (1981). The future of clinical assessment. American Psychologist, 36, 1147-1158.
- Kraiker, C (Ed.) (1974). Handbuch der Verhaltenstherapie. München: Kindler.
- Krampen, G. (1981). IPC-Fragebogen zu Kontrollüberzeugungen ("locus of control"). Göttingen: Verlag für Psychologie.
- Krampen, G. (1982). Differentialpsychologie der Kontrollüberzeugungen. Göttingen: Verlag für Psychologie.
- Krampen, G. (1985). Zur Bedeutung von Kontrollüberzeugungen in der Klinischen Psychologie. Zeitschrift für Klinische Psychologie, 14, 101-112.
- Krasnor, L. R., & Rubin, K. H. (1981). The assessment of social problem-solving skills in young children. In T. V. Merluzzi, C. R. Glass & M. Genest (Eds.) (pp. 452-476).
- Krause, K. (1981). Sprache und Affekt. Das Stottern und seine Behandlung. Stuttgart: Kohlhammer.
- Krause, R. (1987). Empirical research on the affect system. Relevance for psychoanalytic theory and technique. In H. Kächele (Ed.), Psychoanalytic process research strategies (pp. in press). Heidelberg: Springer.
- Kruse, F. O. (1984). Interaktionsdiagnostik in der Familie. In G. Jüttemann (Ed.) (pp. 102-123).
- Kruse, F. O. (1985). Entwicklungsdynamik und Biografie. Überlegungen zu einer Theorie biografischer Entwicklung in der Psychologie von A. N. Leontjew. Verhaltenstherapie und psychosoziale Praxis, 17, 42-55.
- Kühn, R. (1984). Der Giessen-Test (GT) - Testinformation. Diagnostica, 30, 158-161.
- Laing, R. D., Phillipson, H., & Lee, A. R. (1971). Interpersonelle Wahrnehmung. Frankfurt: Suhrkamp.

- Lambert, M. J., Christensen, E. R., & DeJulio, S. S. (Eds.) (1983). The assessment of psychotherapy outcome. New York: Wiley.
- Landau, A. J., & Goldfried, M. R. (1981). The assessment of cognitive schemata: A unifying framework for cognitive, behavioral, and traditional assessment. In P. C. Kendall & S. D. Hollen (Eds.) (pp. 363-399).
- Lang, P. J. (1968). Fear reduction and fear behavior: problems in treating a construct. In J. M. Shlien (Ed.), Research in Psychotherapy. Vol III. Washington: American Psychological Association.
- Leary, T. (1957). Interpersonal diagnosis of personality. New York: Ronald.
- Leichner, R. (1978). Klinische Urteilsbildung. In L. J. Pongratz (Ed.) (pp. 1499-1561).
- Leichner, R. (1983). Zum Prozeß der diagnostischen Urteilsbildung. In W.-R. Minzel & U. Scheller (Eds.), Band 5: Diagnostik (pp. 125-149).
- Lewinsohn, P. M., & Lee, W. M. L. (1981). Assessment of affective disorders. In D. H. Barlow (Ed.) (pp. 129-179).
- Lick, J. R., & Katkin, E. S. (1976). Assessment of anxiety and fear. In M. Hersen & A. S. Bellack (Eds.) (pp. 175-206).
- Linsenhoff, A., Bastine, R., & Kommer, D. (1982). Schulen-übergreifende Perspektiven in der Psychotherapie. In H. Petzold (Ed.) Methoenintegration in der Psychotherapie. (pp. 113-134). Paderborn: Junfermann.
- LoPiccolo, J., & Lopiccolo, L. (Eds.) (1978). Handbook of sex therapy. New York: Plenum.
- Luborsky, L. (1984). Principles of psychoanalytic psychotherapy. A manual for supportive-expressive treatment. New York: Basic Books.
- Lutz, R. (1978). Das verhaltensdiagnostische Interview. Stuttgart: Kohlhammer.

- Mahoney, M. J. (1974). Cognition and behavior modification. Cambridge, MA: Ballinger.
- Maier-Diewald, W., Wittchen, H.-U., Hecht, H., & Werner-Eilert, K. (1983). Die Münchener Ereignisliste (MEL) - Anwendungsmanual. München: Max-Planck-Institut für Psychiatrie.
- Malan, D. H. (1976). The frontier of brief psychotherapy. New York: Plenum.
- Malan, D., Bacal, H., Heath, E., & Balfour, F. (1968). A study of psychodynamic changes in untreated neurotic patients. British Journal of Psychiatry, 114, 525-551.
- Mann, R. A. (1976). Assessment of behavioral excesses in children. In M. Hersen & A. S. Bellack (Eds.) (pp. 459-491).
- Marker, K. R., Holtz, K.-L., & Eberle, G. (1978). Instrumente zur förderungsorientierten Diagnostik und Forschung bei Geistigbehinderten im Schulalter. In Deutsche Gesellschaft für Verhaltenstherapie (Ed.) (1978a), Band I (pp. 267-287).
- Mash, E. J., & Terdal, L. G. (Eds.) (1976). Behavior therapy assessment. Diagnosis, Design, and Evaluation. New York: Springer.
- Mavissakalian, M. R., & Barlow, D. H. (1981). Assessment of obsessive-compulsive disorders. In D. H. Barlow (Ed.) (pp. 209-238).
- McLemore, C. W., & Benjamin, L. S. (1979). Whatever happened to interpersonal diagnosis? A psychosocial alternative to DSM-III. American Psychologist, 34, 17-34.
- McReynolds, P., & Chelune, G. J. (Eds.) (1984). Advances in psychological assessment. Vol. VI. San Francisco: Jossey-Bass.
- Meehl, P. E. (1954). Clinical vs. statistical prediction. Minneapolis: University of Minnesota Press.

- Meehl, P. E. (1984). Causes and effects of my disturbing little book. Paper presented at the Annual Convention of the APA, Toronto, Ontario.
- Merluzzi, T. V., Glass, C. R., & Genest, M. (Eds.) (1981). Cognitive assessment. New York: Guilford.
- Merluzzi, T. V., Rudy, T. E., & Glass, C. R. (1981). The information-processing paradigm: Implications for clinical science. In T. V. Merluzzi, C. R. Glass & M. Genest (Eds.) (pp. 77-124).
- Mertens, W. (1986). Psychoanalyse. Stuttgart: Kohlhammer/Urban.
- Mertens, W. (Ed.) (1983). Psychoanalyse. Ein Handbuch in Schlüsselbegriffen. München: Urban & Schwarzenberg.
- Michel, L., & Iseler, A. (1968). Beziehungen zwischen klinischen und psychometrischen Methoden der diagnostischen Urteilsbildung. In K. J. Groffmann & K.-H. Wewetzer (Eds.), Person als Prozeß (pp. 115-156). Bern: Huber.
- Miller, G. A., Galanter, E., & Pribram, K. (1973). Strategien des Handelns. Pläne und Strukturen des Verhaltens (original work published in English in 1960). Stuttgart: Klett-Cotta.
- Miller, P. M. (1977). Assessment of addictive behaviors. In A. R. Ciminero, K. S. Calhoun & H. E. Adams (Eds.) (pp. 429-459).
- Miller, P. M. (1981). Assessment of alcohol abuse. In D. H. Barlow (Ed.) (pp. 271-299).
- Minsel, B. (1980). Lern- und Leistungsstörungen. In W. Wittling (Ed.) (1980a), Band 4 (pp. 76-104).
- Minsel, W.-R., & Scheller, R. (Eds.) (1983). Brennpunkte der Klinischen Psychologie. Band 5: Diagnostik. Band 6: Forschungskonzepte. München: Kösel.

- Mintz, J., & Kiesler, D. J. (1982). Individualized measures of psychotherapy outcome. In P. C. Kendall & J. N. Butcher (Eds.) (pp. 491-534).
- Mischel, W. (1968). Personality and assessment. New York: Wiley & Sons.
- Mischel, W. (1973). Toward a cognitive social learning reconceptualization of personality. Psychological Review, 80, 252-283.
- Mischel, W. (1977). On the future of personality measurement. American Psychologist, 32, 246-254.
- Mittenecker, E. (1982). Subjektive Tests zur Messung der Persönlichkeit. In K.-J. Groffmann & L. Michel (Eds.) (1982b), (pp. 57-131).
- Moscovici, S. (1981). On social representations. In J. P. Forgas (Ed.) (pp. 181-209).
- Mundt, Ch., Fiedler, P. A., Pracht, B., & Rettig, R. (1985). InSka (Intentionalitäts Skala) - ein neues psychopathometrisches Instrument zur quantitativen Erfassung der schizophrenen Residualsymptomatik. Der Nervenarzt, 56, 146-149.
- Nay, W. R. (1979). Multimethod clinical assessment. New York: Gardner Press.
- Neale, J. M., & Oltmanns, T. F. (1981). Assessment of schizophrenia. In D. H. Barlow (Ed.) (pp. 87-129).
- Neimeyer, G. J., & Neimeyer, R. A. (1981). Personal construct perspectives on cognitive assessment. In T. V. Merluzzi, C. R. Glass & M. Genest (Eds.) (pp. 188-232).
- Nelson, R. O. (1978). Assessment and therapeutic function of self-monitoring. In M. Hersen, R. M. Eisler & P. M. Miller (Eds.) Progress in behavior modification. Vol. 5. New York: Academic Press.
- Orgass, B. (1975). Psychodiagnostik bei umschriebenen hirneorganisch bedingten Leistungsdefekten. In W. Schraml & U. Baumann (Eds.) (pp. 165-185).

- Orlik, P., Arend, H., & Schneider-Düker, M. (1982). Das Selbstkonzept-Gitter als therapiebegleitendes Diagnostikum. In M. Zielke (Ed.) (1982a), (pp. 203-231).
- Orlik, P., & Schneider, J. (1984). Interaktionsdiagnostik. In L. R. Schmidt (Ed.) (pp. 190-205).
- Orlinsky, D. E., & Howard, K. I. (1975). Varieties of psychotherapeutic experience. New York: Teachers College Press.
- O'Leary, K. D. (Ed.) (1987). Assessment of marital discord. An integration for research and clinical practice. Hillsdale, N.J.: Lawrence Erlbaum Association.
- Pawlik, K. (Ed.) (1976). Diagnose der Diagnostik. Stuttgart: Klett.
- Penn, P. (1982). Zirkuläres Fragen. Familiendynamik, 8, 198-220.
- Perrez, M. (1985). Diagnostik in der Psychotherapie - ein anachronistisches Ritual. Psychologische Rundschau, 36, 106-109.
- Perrez, M., & Waldow, M. (1984). Theoriegeleitete Verlaufsdiagnostik im Bereich der Psychotherapie. In G. Jüttemann (Ed.) (pp. 61-76).
- Peterander, F. (1981). Die Interaktionsanalyse als diagnostisches Instrument. In H. Bommert & M. Hockel (Eds.) (pp. 217-239).
- Petermann, F. (1982). Einzelfalldiagnose und Klinische Praxis. Stuttgart: Kohlhammer.
- Petermann, F., & Bruns, G. (1980). Psychodiagnostische Ansätze und Probleme in der Schizophrenieforschung. Medizinische Psychologie, 6, 249-274.
- Petermann, F., & Hehl, F.-J. (Eds.) (1979). Einzelfallanalyse. München: Urban & Schwarzenberg.

- Pfeiffer, W. M. (1975). Zur Erfassung des therapeutischen Prozesses mit Hilfe komplexer Skalen. In Gesellschaft für wissenschaftliche Gesprächstherapie (Ed.), Die klientenzentrierte Gesprächstherapie. München: Kindler.
- Pfeiffer, W. M. (1976). Erlebnisaktivierendes Vorgehen in der Gesprächspsychotherapie und seine Erfassung durch die Erlebens-Intensitäts-Skala. In P. Jankowski, D. Tscheulin, H.-J. Fietkau & F. Mann (Eds.) (pp. 127-134).
- Plaum, E. (Ed.) (1982). Diagnostik zwischen Grundlagenforschung und Intervention. Weinheim: Beltz.
- Plessen, U. (1982). Verlaufs- und Erfolgskontrolle im psychotherapeutischen Prozess. Göttingen: Verlag für Psychologie.
- Pongratz, L. J. (Ed.) (1977). Klinische Psychologie. Handbuch der Psychologie. Band 8/1. Göttingen: Verlag für Psychologie.
- Ponterotto, J. G., & Furlong, M. J. (1985). Evaluating counselor effectiveness: A critical review of rating scale instruments. Journal of Counseling Psychology, 32, 597-616.
- Quekelberghe, R. van (1984). Zur Methode der Lebenslaufanalyse. Eine Darstellung aus tätigkeitspsychologischer Sicht. In R. van Quekelberghe (Ed.) (1984a), Studien zur Handlungstheorie und Psychotherapie 2: Diagnostik/Intervention (pp. 65-103). London: Erziehungswissenschaftliche Hochschule.
- Quekelberghe, R. van (1985). Albert und Sigrid. Eine Einführung in die Lebenslaufanalyse. London: Erziehungswissenschaftliche Hochschule.
- Quekelberghe, R. van, & Eickels, N. van (1982). Handlungstheorien, Tätigkeitstheorie und Psychotherapie. Tübingen: DGVt.
- Rachman, S. (1978). Human fears: A three systems analysis. Scandinavian Journal of Behavior Therapy, 7, 237-245.

- Raeithel, A., & Tröger, H. (1981). Das Rep-Grid-Verfahren nach G. A. Kelly als Anregung für eine handlungsorientierte Diagnostik. In D. Kleiber (Ed.) (pp. 69-95).
- Rehm, L. P. (1976). Assessment of depression. In M. Hersen & A. S. Bellack (Eds.) (pp. 233-259).
- Reichenbach, H. (1959). Modern philosophy of science. London: Rudledge.
- Reinecker, H. (1978). Selbstkontrolle - Verhaltenstheoretische und kognitive Grundlagen, Techniken und Therapiemethoden. Salzburg: Otto Müller.
- Reiter, L. (1983). Gestörte Paarbeziehungen: Theoretische und empirische Untersuchungen zur Ehepaardiagnostik. Göttingen: Van den hoeck und Ruprecht.
- Revenstorf, D. (1985). Nonverbale und verbale Informationsverarbeitung als Grundlage psychotherapeutischer Intervention. Hypnose und Kognition, 2, 13-35.
- Rice, L. N., Koke, C. J., Greenberg, L. S., & Wagstaff, A. (1979). Manual for client vocal quality. Toronto: York University Counselling and Development Center.
- Rinn, W. E. (1984). The neuropsychology of facial expression: A review of the neurological and psychological mechanisms for producing facial expressions. Psychological Bulletin, 95, 52-77.
- Röhrle, B. (in press). Depressive Störungen: Fragebögen zur verhaltenstherapeutischen Praxis. Tübingen: DGVT.
- Rösler, F. (1983). Hirnelektrische Indikatoren in der Diagnostik. In K.-J. Groffmann & L. Michel (Eds.) (1983b), (pp. 336-433).
- Rogers, C. R. (1958). A process conception of psychotherapy. American Psychologist, 13, 142-149.
- Rogers, C. R. (1973). Die Klient-bezogene Gesprächstherapie (Orig. 1951). München: Kindler.

- Rogers, C. R., & Dymond, R. F. (Eds.) (1954). Psychotherapy and personality change. Chicago: University of Chicago Press.
- Rost, D. H., & Schermer, F. J. (1987). Auf dem Weg zu einer differentiellen Diagnostik der Leistungsangst. Psychologische Rundschau, 38, 14-36.
- Sachse, R., & Musial, E. M. (1981). Kognitionsanalyse und kognitive Therapie. Stuttgart: Kohlhammer.
- Sader, M. (1984). Rollenspiel als diagnostische Methode. In G. Jüttemann (Ed.) (pp. 124-148).
- Schafer, R. (1982). Eine neue Sprache für die Psychoanalyse. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Schaller, S. (1980). Beobachtungsmethoden in der Verhaltensdiagnostik. In W. Wittling (Ed.) (1980a), Band 1 (pp. 130-157).
- Schaller, S., & Schmidtke, A. (1983). Verhaltensdiagnostik. In K.-J. Groffmann & L. Michel (Eds.) (1983b), (pp. 489-700).
- Schank, R., & Abelson, R. P. (1977). Scripts, plans, goals, and understanding: An inquiry into human knowledge structures. Hillsdale, N.J.: Erlbaum.
- Scheele, B. (1981). Selbstkontrolle als kognitive Interventionsstrategie. Weinheim: edition psychologie.
- Scheller, R., & Heil, F. E. (1980). Grundlagen und Mechanismen der diagnostischen Urteilsbildung. In W. Wittling (Ed.) (1980a), Band 1 (pp. 81-102).
- Scherer, U. (1986). Vocal affect expression: A review and a model for future research. Psychological Bulletin, 99, 143-165.
- Schmidtchen, S. (1975). Psychologische Tests für Kinder und Jugendliche. Göttingen: Verlag für Psychologie.
- Schmidtchen, S. (1982). Diagnostik in der Kinderpsychotherapie. In M. Zielke (Ed.) (1982a), (pp. 127-145).

- Schmidt, L. R. (1975). Objektive Persönlichkeitsmessung in diagnostischer und klinischer Psychologie. Weinheim: Beltz.
- Schmidt, L. R. (1978). Assessments and Tests in clinical psychology. German Journal of Psychology, 2, 153-167.
- Schmidt, L. R. (1982). Diagnostische Begutachtung. In K.-J. Groffmann & L. Michel (1982a), (pp. 467-537).
- Schmidt, L. R. (Ed.) (1984). Lehrbuch der Klinischen Psychologie. Stuttgart: Enke.
- Schmidt, L. R., Häcker, H., & Schwenkmezger, P. (1985). Differentialdiagnostische Untersuchungen mit objektiven Persönlichkeitstests und Fragebogen im psychiatrischen Bereich. Diagnostica, 31, 22-37.
- Schmidt, L. R., & Kessler, B. H. (1976). Anamnese. Methodische Probleme, Erhebungsstrategien und Schemata. Weinheim: Beltz.
- Schmook, C., Bastine, R., Henkel, D., Kopf, Ch., & Malchow, C. (1974). Verhaltensanalyse. In W. Schraml & U. Baumann (Eds.), Klinische Psychologie II (pp. 353-375). Bern: Huber.
- Schöfer, G. (Ed.) (1980). Gottschalk-Gleser Sprachinhaltsanalyse. Weinheim: Beltz.
- Scholz, O. B. (1982). Interaktionsdiagnostik. In U. Baumann, H. Berbalk & G. Seidenstücker (Eds.), Band 5 (pp. 112-148).
- Scholz, O. B. (1983). Zur Diagnostik gestörter ehelicher Beziehungen. Partnerberatung, 20, 166-175.
- Scholz, O. B. (1987). Ehe- und Partnerschaftsstörungen. Stuttgart: Kohlhammer.
- Scholz, O. B. (Ed.) (1978). Diagnostik in Ehe- und Partnerschaftskrisen. München: Urban & Schwarzenberg.

- Schraml, W., & Baumann, U. (Eds.) (1975). Klinische Psychologie I: Theorie und Praxis. Bern: Huber.
- Schulte, D. (1980). Diagnostik in der Klinischen Psychologie: Problemanalyse und Therapieplanung. In W. Schulz & M. Hautzinger (Eds.), Band 2 (pp. 163-175).
- Schulte, D. (1986). Verhaltenstherapeutische Diagnostik. In Deutsche Gesellschaft für Verhaltenstherapie (Ed.) (pp. 16-42).
- Schulte, D. (Ed.) (1974). Diagnostik in der Verhaltenstherapie. München: Urban & Schwarzenberg.
- Schultz-Hencke, H. (1951). Lehrbuch der analytischen Psychotherapie. Stuttgart: Thieme.
- Schulz, W., & Hautzinger, M. (Eds.) (1980). Klinische Psychologie und Psychotherapie. Band 2: Indikation, Diagnostik, Psychotherapieforschung. Kongressbericht 1980. Tübingen: DGVt/GWG.
- Schumacher, S., & Lloyd, C. W. (1976). Assessment of sexual dysfunction. In M. Hersen & A. S. Bellack (Eds.) (pp. 419-435).
- Schwartz, H.-J., & Eckert, J. (1976). Zwei Arbeiten zur Prozessforschung: Ergebnisse und Implikationen. In P. Jankowski, D. Tscheulin, H.-J. Fietkau & F. Mann (Eds.) (pp. 110-116).
- Schwarz, N. (1985). Theorien konzeptgesteuerter Informationsverarbeitung in der Sozialpsychologie. In D. Frey & M. Irle (Eds.), Theorie der Sozialpsychologie. Band III: Motivations- und Informationsverarbeitungstheorien (pp. 269-291). Bern: Huber.
- Seidenstücker, G., & Baumann, U. (1978). Multimethodale Diagnostik. In U. Baumann, H. Berbalk & G. Seidenstücker (Eds.) (1978a), Band 1 (pp. 134-182).
- Seidenstücker, G., & Baumann, U. (1987). Multimethodale Diagnostik als Standard in der Klinischen Psychologie. Diagnostica, 33, 243-258.

- Shapiro, M. B. (1961). The personal questionnaire. Manual. London: Institute of Psychiatry.
- Shapiro, M. B. (1964). The measurement of clinically relevant variables. Journal of Psychosomatic Research, 8, 245-254.
- Shaw, B. F., & Dobson, K. S. (1981). Cognitive assessment of depression. In T. V. Merluzzi, C. R. Glass & M. Genest (Eds.) (pp. 361-387).
- Shostrom, E. L. (1966). Manual of the Personal Orientation Inventory (POI). San Diego: Educational and Industrial Testing Service.
- Shostrom, E. L., & Knapp, R. R. (1966). The relationship of a measure of self actualization (POI) to a measure of pathology (MMPI) and to therapeutic growth. American Journal of Psychotherapy, 20, 193-202.
- Showers, C., & Cantor, N. (1985). Social cognition: A look at motivated strategies. Annual Review of Psychology, 36, 275-305.
- Straugher, J. S., & Osberg, T. M. (1981). The relative accuracy of self-predictions and judgements by others in psychological assessment. Psychological Bulletin, 90, 322-351.
- Sifneos, P. (1972). Short-term psychotherapy and emotional crisis. Cambridge, MA: Harvard University Press.
- Skatsche, R., Brandau, J., & Ruch, W. (1982). Die Entwicklung einer multidimensionalen Testbatterie zur diagnostischen Erfassung des Konstruktes "Selbstsicherheit (Assertivität)". Zeitschrift für Klinische Psychologie, 11, 292-314.
- Smith, A. (1981). Goal attainment scaling: A method for evaluating the outcome of mental health treatment. In P. McReynold (Ed.), Advances in psychological assessment (pp. 424-459). San Francisco: Jossey-Bass.

- Snyder, C. R., Shenkel, R. J., & Lowery, C. R. (1977). Acceptance of personality interpretations: The "Barnum Effect" and beyond. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 45, 104-114.
- Sobell, M. B., & Sobell, L. C. (1976). Assessment of addictive behavior. In M. Hersen & A. S. Bellack (Eds.) (pp. 305-336).
- Sommer, G. (1977). Hilfe zur Selbsthilfe. In W. Hornstein, R. Bastine, H. Junker & C. Wulf (Eds.) (pp. 609-638).
- Sorenson, R. L., Gorsuch, R. L., & Mintz, J. (1985). Moving targets: Patient's changing complaints during psychotherapy. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 53, 49-54.
- Sorgatz, H. (Ed.) (1979). Biometrie in der Psychopathologie. München: Urban & Schwarzenberg.
- Spada, H., & Seidenstücker, G. (1980). Trends bei Deuteverfahren? In U. Baumann, H. Berbalk & G. Seidenstücker (Eds.), Band 3 (pp. 158-217).
- Speierer, G.-W. (1982). Diagnostik in der klientenzentrierten Gruppenpsychotherapie. In M. Zielke (Ed.) (1982a), (pp. 78-106).
- Spitzer, R. L., & Endicott, J. (1969). Diagno II: Further developments in a computer program for psychiatric diagnosis. American Journal of Psychiatry, 125, 12-20.
- Stäcker, K.-H. (1984). Projektive und thematische Verfahren. In L. R. Schmidt (Ed.) (pp. 256-275).
- Stephenson, W. (1953). The study of behavior. Chicago: Chicago University Press.
- Strian, F. (Ed.) (1983). Angst. Grundlagen und Klinik. Heidelberg: Springer.
- Strupp, H. H., Hadley, S. W., & Gomes-Schwartz, B. (1977). Psychotherapy for better or worse: An analysis of the problem of negative effects. New York: Aronson.

- Strupp, H. H., & Binder, J. L. (1984). Psychotherapy in a new key: A guide to time-limited dynamic psychotherapy. New York: Basic Books.
- Süllwold, L. (1977). Symptome schizophrener Erkrankungen. Berlin: Springer.
- Tack, W. (1984). Entscheidungsstrategien im diagnostischen Prozeß. In L. R. Schmidt (Ed.) (pp. 139-163).
- Tasto, D. L. (1977). Self-report schedules and inventories. In A. R. Ciminero, K. S. Calhoun & E. Adams (Eds.) (pp. 153-193).
- Tausch, R. (1974⁶). Gesprächspsychotherapie. Göttingen: Verlag für Psychologie.
- Tausch, R., Eppel, H., Fittkau, B., & Minsel, W.-R. (1969). Variablen und Zusammenhänge in der Gesprächspsychotherapie. Zeitschrift für Psychologie, 176, 93-102.
- Taylor, C. B., & Argas, S. (1981). Assessment of phobia. In D. H. Barlow (Ed.) (pp. 181-208).
- Thomae, H. (1952). Die biografische Methode in den anthropologischen Wissenschaften. Studium Generale, 5, 163-177.
- Thomä, H. (1978). Von der "biographischen Anamnese" zur "systematischen Krankengeschichte". In S. Drews et al. (Eds.), Provokation und Toleranz. Alexander Mitscherlich zu Ehren. Frankfurt: Suhrkamp.
- Thomä, H. (1981). Schriften zur Praxis der Psychoanalyse. Frankfurt: Suhrkamp.
- Thomä, H., & Kächele, H. (1985). Lehrbuch der psychoanalytischen Therapie. 1. Grundlagen. Heidelberg: Springer.
- Thorensen, C. E., & Mahoney, M. J. (1974). Behavioral self-control. New York: Holt, Rinehart & Winston.
- Toman, W. (1978). Tiefenpsychologie. Stuttgart: Kohlhammer.

- Turk, D. C., & Salovey, P. (1985). Cognitive structures, cognitive processes, and cognitive-behavior modification. II: Judgements and inferences of the clinician. Cognitive Therapy and Research, 9, 19-33.
- Tuschen, B. (1987). Problemanalyse unter sozial-kognitiver Theorieperspektive. In F. Caspar (Ed.) (pp. 56-71).
- Viney, L. L. (1983). The assessment of psychological states through content analysis of verbal communications. Psychological Bulletin, 94, 542-563.
- Wallace, C. J. (1976). Assessment of psychotic behavior. In M. Hersen & A. S. Bellack (Eds.) (pp. 261-303).
- Waskow, I. E., & Parloff, M. B. (Eds.) (1975). Psychotherapy change measures. Rockville, MA: NIMH.
- Watzlawick, P. (1966). A structured family interview. Family Process, 5, 256-271.
- Weiss, D. J. (1985). Adaptive testing by computer. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 53, 774-789.
- Weiss, R. L., & Margolin, G. (1977). Assessment of marital conflict and accord. In A. R. Ciminero, K. S. Calhoun & H. E. Adams (Eds.) (pp. 555-602).
- Westmeyer, H. (1972). Logik der Diagnostik. Grundlagen einer normativen Diagnostik. Stuttgart: Kohlhammer.
- Westmeyer, H. (1976). Grundlagenprobleme psychologischer Diagnostik. In K. Pawlik (Ed.) (pp. 71-101).
- Westmeyer, H. (1983). Änderungssensitive Meßinstrumente in der Gesprächspsychotherapie: theorienah und konstruktvalide? - Eine Analyse am Beispiel der Kieler Änderungssensitiven Symptomliste. Diagnostica, 24, 367-376.
- Westmeyer, H. (1984). Diagnostik und therapeutische Entscheidung: Begründungsprobleme. In G. Jüttemann (Ed.) (pp. 77-101).

Westmeyer, H., & Manns, M. (1977). Beobachtungsverfahren in der Verhaltensdiagnostik. In H. Westmeyer & N. Hoffmann (Eds.) (1977a), Verhaltenstherapie. Grundlegende Texte (pp. 248-262). Hamburg: Hoffmann & Campe.

Wewetzer, K.-H. (Ed.) (1979). Psychologische Diagnostik. Darmstadt: Wissenschaftliche Buchgesellschaft.

Wiedemann, P. M. (1986). Erzählte Wirklichkeit und Subjektivität. Weinheim: Beltz.

Wiedemann, P. M. (1987). Biografieforschung und Klinische Psychologie. In G. Jüttemann & H. Thomae (Eds.) (im Druck).

Wiggins, J. S. (1973). Personality and prediction. Principles of personality assessment. Reading, MA: Addison-Wesley.

Wiggins, J. S. (1981). Clinical and statistical prediction: Where are we and where do we go from here?. Clinical Psychology Review, 1, 3-18.

Willi, J. (1975). Die Zweierbeziehung. Reinbek: Rowohlt.

Wincze, J. P., & Lange, J. D. (1981). Assessment of sexual behavior. In D. H. Barlow (Ed.) (pp. 301-328).

Wittchen, H.-U., & Rey, E.-R. (1984). Experimentelle Methoden. In L. R. Schmidt (Ed.) (pp. 308-324).

Wittenborn, J. R. (1984). Observer ratings. In M. Hersen, L. Michelson & A. S. Bellack (Eds.) (pp. 97-131).

Wittling, W. (1980b). Zerebrale Funktionsdiagnostik. In W. Wittling (Ed.) (1980a), Band 1 (pp. 281-321).

Wittling, W. (1983). Neuropsychologische Diagnostik. In K. J. Groffmann & L. Michel (1983b), (pp. 193-335).

Wittling, W. (Ed.) (1980a). Handbuch der Klinischen Psychologie. Band 1-6. Hamburg: Hoffmann & Campe.

Wittmann, W. W. (1981). Zur Zielbestimmung bei therapeutischen Maßnahmen. In U. Baumann (Ed.) (pp. 169-181).

- Wittmann, W. W. (1985). Evaluationsforschung. Aufgaben, Probleme und Anwendungen. Berlin: Springer.
- Wolpe, J., & Lang, P. (1964). A fear survey schedule for use in behavior therapy. Behaviour Research and Therapy, 2, 27-30.
- Wottawa, H., & Hossiep, R. (1987). Grundlagen psychologischer Diagnostik. Eine Einführung. Göttingen: Verlag für Psychologie.
- Zaworka, W., Hand, I., Jauernig, G., & Lünenschloß, K. (1983). Hamburger Zwangsinventar (HZI). Weinheim: Beltz.
- Zaworka, W., & Hand, I. (1980). Phänomenologie (Dimensionalität) der Zwangssymptomatik. Experimentelle Diagnostik der Zwangsneurose. Archiv für Psychiatrie und Nervenkrankheiten, 228, 257-273.
- Zerssen, D. v. (1976). Befindlichkeitsskala. Parallelformen Bf-S und Bf-S'. Weinheim: Beltz.
- Zerssen, D. v. (1979). Klinisch-psychiatrische Selbstbeurteilungs-Fragebögen. In U. Baumann, H. Berbalk & G. Seidenstücker (Eds.), Band 2 (pp. 130-159).
- Zielke, M. (1979). Die Kieler Änderungssensitive Symptomliste (KASSL). Manual. Weinheim: Beltz.
- Zielke, M. (1982b). Diagnostik in der klientenzentrierten Psychotherapie (Einzeltherapie). In M. Zielke (Ed.) (1982a), (pp. 106-127).
- Zielke, M. (Ed.) (1982a). Diagnostik in der Psychotherapie. Stuttgart: Kohlhammer.
- Zielke, M., & Kopf-Mehnert, C. (1978). VEV-Veränderungsfragebogen des Erlebens und Verhaltens. Weinheim: Beltz.
- Zimmer, D. (1985). Sexualität und Partnerschaft. Grundlagen und Praxis psychologischer Behandlung. München: Urban & Schwarzenberg.

Zimmermann, K. W., & Kornmann, R. (1977). Psychodiagnostik. In G. O. Kanter & O. Speck (Eds.), Pädagogik der Lernbehinderten. Handbuch der Sozialpädagogik. Band 4 (pp. 457-486). Berlin: Marhold.