

AUS DER DIAGNOSTIK MAPPE:

DAS KLINISCHE GESPRÄCH IN DER DIAGNOSTIK

1. Einleitung:

1.1 Definition und Abgrenzung:

Klinisches Gespräch = **jede Form beabsichtigter oder geplanter verbaler Kommunikation zwischen Arzt, Psychologen, Heilpädagogen, Schwester u.a. klinischem Personal mit einem Patienten zum Zweck der Diagnostik oder Therapie.**

Im diagnostisch-klinischen Gespräch **strebt man danach,**

- a) biologische, soziologische oder ***psychologische Daten aus dem Leben des Patienten*** zu erfahren
 - b) das ***normale oder pathologische Verhalten des Patienten*** zu erkunden und daraus auf seine Persönlichkeit zu schließen
 - c) ***psychodynamische und soziodynamische Elemente im Gespräch mit dem Patienten*** zu erleben und Hinweise auf deren Genese kennenzulernen.
- ⇒ **Diagnostisches Gespräch darf NIE Therapie- oder Therapieziel negativ beeinflussen.**
- ⇒ Besser als Gespräch ist die **Bezeichnung Interview**, denn „Gespräch“ hat etwas Feierliches an sich und entbehrt der für die Wissenschaft wünschenswerten einfachen Sachlichkeit.

1.2 Zur Geschichte der Methodik:

- (1) In der **klassisch somatisch-medizinischen und auch der psychiatrischen Ausbildung** wird dem diagnostischen und therapeutischen klinischen Gespräch in Ausbildung und in Literatur **wenig Beachtung** geschenkt. Der gute Arzt kann das einfach... vgl. dazu z.B. **JASPERS** „Allgemeine Psychopathologie“ (1939) und **BLEULERS** „Lehrbuch der Psychiatrie“ (1912). Erst **in den letzten Jahren** wird der Gesprächsdiagnostik **mehr Raum** gewidmet. Überall aber prävaliert die Sicherung der Angaben des Patienten und die Bewertung seiner Äußerungen dem Erleben (also **das Objektive vor dem Subjektivem**)
- (2) **Erste Anregungen**, das Erleben des Patienten als wichtig anzusehen, kamen **aus der Psychoanalyse: FREUD** „Bruchstück einer Hysterieanalyse“ (Fall Dora): Objektiv unrichtige Angaben des Patienten können gerade in ihrer Subjek

tivität von Wert für das Verständnis dieses Menschen sein; (oder auch FREUD „Vorlesungen zur Einführung in die Psychoanalyse“)

2. Formen des diagnostisch klinischen Gesprächs:

Im klinischen Alltag gibt es zwar oft Überschneidungen; diese Einteilung hier ist eine Idealtypologie.

2.1 Anamnese:

2.1.1 Somatische Anamnese:

- klassische Form der medizinischen Datenermittlung; **Bestandteil jeder ärztlichen Untersuchung in jeder Disziplin**
- **Vorgeschichte des Leidens**, das Gegenstand der Untersuchung ist, die bisher durchgemachten Erkrankungen und Operationen, die biologische Entwicklung und die Familiengeschichte

2.1.2 Sozio-ökonomische Anamnese:

- **Ergänzung** der somatischen Anamnese
 - dient der Eruiierung von **soziologischen Daten einer Patientengruppe** innerhalb eines klinischen Forschungsvorhabens
 - **gut objektivierbare Daten** werden erfragt (z.B. Alter, Lebensverhältnisse der Eltern, Geschwisterzahl, Ausbildung, Berufsart, berufliche Stellung) [ist wichtig für eine soziologische Epidemiologie]
- ⇒ Daten aus der somatischen und der sozio-ökonomischen Anamnese zählen hinsichtlich ihrer Dokumentierbarkeit zu den „**harte Daten**“

2.1.3 Fremdanamnese:

- **Befragung von dritten Personen** über den Patienten.
- **Patient** ist dabei **meist nicht in der Lage**, selbst diese Auskünfte zu geben (z.B. weil er bewußtlos, in bestimmtem psychotischem Zustand ist, oder als Kind das nicht kann)
- In psychiatrischer Untersuchungstechnik oft **als objektive Anamnese bezeichnet**, weil man unterstellt von den Angehörigen objektivere Angaben zu erhalten als vom psychisch gestörten Patienten. Das ist **aber oft falsch** (z.B. vor allem in der Erziehungsberatung und in der Kinderpsychiatrie) -> z.B. Erinnerungen der Mutter über das erste Laufen, Sprechen und die Sauberkeitserziehung können erheblich beeinträchtigt sein.

- **Anamnese in Erziehungsberatung und Kinderpsychiatrie hat einen dreifachen Zweck:**

- a) will Fakten eruieren (fact-getting interview)
- b) will die Interaktion zwischen Eltern und Kinder erkennen
- c) will die Persönlichkeit der Eltern beurteilen

Wichtig ist am Anfang, die Eltern über den Grund des Kommens und die Schwierigkeiten des Kindes frei reden zu lassen.

2.1.4 biographische Anamnese:

- Lebens- und Erlebnisgeschichte eines Menschen wird als wesentlicher **Beitrag zum Verständnis von psychogenen und auch primär somatogenen Krankheiten** angesehen
- Es interessiert weniger die Objektivität der Daten als die **Subjektivität des Erlebens**
- **Gliederung: (nach CLAUSER 1918)**
 - (1) **thematische Kategorien:** Erlebnisgeschichte, Objektivationen (Produktionen und Werkgestaltungen eines Menschen), Krankheit
 - (2) **formale Kategorien:** zeittypische Verlaufsbilder (z.B. Phase, Schub, Anfall), psychopathologische Korrelationen zwischen Krankheit und Erlebnis
 - (3) **Auffassungskategorien:** werden vom Untersucher an die biographische Anamnese herangetragen; sie **entsprechen verschiedenen wissenschaftlichen Zugängen:**
 - ➔ **Definition, Klassifikation:** entsprechen dem naturwissenschaftlich quantitativen Vorgehen
 - ➔ **Kausalanalyse:** entspricht dem psychoanalytischen Denkmodell
 - ➔ **Finalanalyse:** entspricht dem ADLER, KÜNKELSchem Denken
 - ➔ **Intuition:** entspricht der ärztlich-psychologischen Empirie
 - ➔ **Interpretation:** entspricht dem psychoanalytischen Denkmodell

2.1.5 Neuropsychologische Anamnese („gezielte Anamnese“)

- von SCHULTZ-HENCKE 1990 als **spezifische Technik der Neurosenpsychotherapie** eingeführt;
- Anamneseschema **orientiert sich am Neurosenmodell der Neopsychoanalyse:** Untersucher fragt den Patienten nach Verhaltensweisen in den einzelnen der 5 Antriebbereiche -> versucht jeweils normgerechtes, gehemmtes oder übertriebenes Verhalten zu konstatieren

- Es wird **nicht nur in der Gegenwart, sondern innerhalb der gesamten Lebensgeschichte** nach Ausprägung, Art und Deckungsmöglichkeiten der Bedürfnisse geforscht.

2.2 Exploration:

2.2.1 Exploration des Patienten:

- **hoher Aktivitätsgrad beim Untersucher** und **geringes Interesse an Interaktion** zwischen Untersucher und Patienten
- **Ziel** = vom Patienten bestimmte psychopathologische Verhaltens- und Erlebensweisen (z.B. Halluzinationen, Wahnideen, Wahnsysteme) zu eruieren.
- **klassische Explorationstechnik: 3 technische Wege:**
 - (1) **direkte Fragestellung:** Man fragt den Patienten direkt nach möglichen, gesuchten oder erwarteten psychopathologischen Phänomenen (z.B. Stimmenhören)
 - (2) **indirekte Fragestellung:** Man fragt nach allgemeinen Sachverhältnissen aus dem Leben des Patienten (z.B. nach der Lage der Wohnung, dem dort gegebenen Lärm und seiner Lärmempfindlichkeit...); Grund: Patient könnte, wenn er direkt befragt wird Wahrgenommenes und Erlebtes negieren oder dissimulieren
 - (4) **Beobachtung des verbalen und paraverbalen Verhaltens des Patienten** während des Untersuchungsgesprächs
- **Exploration zur Sache:** Befragung des Patienten zu einem Tatbestand im Auftrag von Gericht oder Versicherungsträger; man versucht den objektiven Sachverhalt möglichst exakt vom Patienten zu erfahren; daneben ist aber auch seine Motivation zu dem in Frage stehenden Handeln wichtig

2.2.2 Exploration von Angehörigen:

- informiert über Verhaltensweisen des Patienten, über die der **Patient selbst in seinem augenblicklichen Zustand keine Auskunft geben kann oder will**
- Problem dabei = **Subjektivität der Gesprächsäußerungen Angehöriger**
- Ist aber **wichtige Auskunftsource über den sozialen Kontext des Patienten**, in dem er seine Störung entwickelt hat

2.3 Das klinische Interview:

Unterscheidet sich von Anamnese und Exploration durch:

- 1) Es **fehlt die straffe Gliederung** (Anamneseschema)
 - 2) **Untersucher ist mehr motivations- als informationsinteressiert**
 - 3) **Interaktion zwischen Patienten und Untersucher** ist ein wesentlicher Bestandteil
- Klinisches Interview steht formal und der Tendenz nach **zwischen dem diagnostischen und dem therapeutischen Gespräch**
 - Grenzen sind aber fließend -> wird daher **überall dort angewandt, wo eine Psychotherapie die Methode der Wahl** ist (d.h. in psychotherapeutischen Kliniken und Ambulanzen, in psychosomatischen Kliniken, in psychodynamisch orientierten Institutionen)

2.3.1 einfaches Interview oder einfaches Gespräch („narrative interview“):

- meist eine **Abwandlung der biographischen Anamnese**
- Am Anfang **Förderung der Kommunikationsbereitschaft** des Patienten, dann **Gespräch über aktuelle Problematik und Symptomatik** und um die **Lebensgeschichte**
- **Untersucher** stellt nur Fragen, um das Gespräch einzuleiten, fortzuführen und neue Themen zu provozieren; ist nicht aktiv, aber auch **nicht um jeden Preis passiv**
- **Symmetrische und asymmetrische Verteilung der Sozialpositionen wechseln**
- kommt vor allem vor **bei Erziehungsberatungsgesprächen** vor, im **klinischen Bereich** und in der **empirischen Sozialforschung**
- **geringe Bindung an Durchführungsregeln**

2.3.2 interaktionsakzentuiertes Interview (eingeführt von SULLIVAN)

- Es geht um **Erstellung einer das Gespräch ermöglichenden Beziehung, Beobachtung der Beziehung zwischen Patienten und Untersucher** und zusätzlich um die **Intensivierung der Beziehung zwischen Untersucher und Patienten** mit allen möglichen Mitteln
- Dient nicht nur der Diagnose, sondern ist die **erste Phase einer beginnenden Therapie**
- Verhalten, verbale Äußerungen und Interpretationen des Untersuchers sind auf das **Ziel der Beziehungsförderung** hin orientiert -> deshalb **verläßt Untersucher** die im nicht-direktiven und psychoanalytischen Gespräch bewahrte **Hal-tung der wohlwollenden Sachlichkeit** oft **zugunsten eines dokumen-tierten persönlichen Engagements**.

2.3.3 Nicht-direktives oder client-centered Interview:

- ist methodischer **Bestandteil der nicht-direktiven Psychotherapie von C. ROGERS**
- **Diagnostisches Gespräch und nachfolgende therapeutische Gespräche unterscheiden sich nicht voneinander.**
- **Mitteilung der Diagnose an den Patienten wird abgelehnt** -> durch Kenntnis der Diagnose gibt Patient ein Stück Eigeninitiative aus der Hand, übergibt sich und seine Probleme dem Therapeuten
- **Interviewer muß Wärme, Anteilnahme und Interesse** an der Problematik für den Patienten spürbar machen
- **Sozialsituation ist allerdings asymmetrisch** (d.h. Untersucher selbst spricht so wenig wie nur möglich: Untersucher gibt nur Interpretationen der Emotionen, indem er sie benennt, Wiederholungen geäußelter Sätze oder zustimmende Interjektionen -> dienen dazu, den Redefluß des Patienten in Gang zu halten)

2.3.4 psychoanalytisches oder psychoanalytisch orientiertes Erstinterview:

- wesentlicher **Bestandteil der modernen Psychoanalyse**
- dient der **Feststellung der Therapiebedürftigkeit und -eignung** und der annähernden Diagnose (oft in Verbindung mit einer Testung; ein oder zwei Treffen erforderlichlich)
- **Interviewer ist meist nicht der präsumptive Behandler** -> Mittelweg zwischen Forderung der Übertragung und Temperierung der Übertragung muß gefunden werden (Beziehung zwischen Interviewer und Patienten kann ja nicht in eine Analyse verwandelt werden)
- **Untersucher und Patient sitzen einander gegenüber** (Unterschied zur psychoanalytischen Behandlungssituation); aber es besteht eine asymmetrische Sozialsituation (Untersucher spricht nur soviel, wie notwendig, um den Redefluß des Patienten in Gang zu halten)
- **Je patientenzentrierter, umso asymmetrischer** (z.B. wenn Untersucher sehr sicher und Patient nicht zu ängstlich ist)
- **Es interessieren weniger biographische Fakten als psychische Konstellationen, psychodynamische Strukturen des Patienten, Übertragungsfähigkeit, Introspektionsmöglichkeit, Leidensdruck.**
- **Untersucher hat eine diagnostische Hypothese**, muß sich aber bewußt sein, daß diese **auch von seiner eigenen Persönlichkeit abhängig** ist (**UNTERSCHIED ZU ANAMNESE UND EXPLORATION!**)

2.3.5 psychoanalytisches Interview mit Interpretationen:

- ist eine auf die Erstinterviewsituation **verkürzte Probebehandlung**
- **Interpretation** (= wesentlicher Bestandteil der analytischen Therapie) wird auf Verhaltensweisen und Änderungen des Patienten angewandt, Reaktion des Patienten darauf wird beobachtet
- **Kritik:** zwischen dem Erstinterview und der Therapie vergehen meist 6-12 Monate, der Erstinterviewer ist nicht mit dem späteren Therapeuten identisch
 → diagnostischer Gewinn macht das **Risiko einer Schädigung des Patienten** nicht wett.

3. Praktische Probleme des diagnostischen-klinischen Gesprächs:

3.1. Das „Set-up“ des Gesprächs:

3.1.1 Gesprächsvorbereitung:

- **Untersucher informiert sich** anhand des vorhandenen Materials (z.B. Überweisungsbriefe, Krankengeschichte, forensische oder versicherungsrechtliche Akten); eventuell auch Anamneseerhebung oder Exploration bei oder von Dritten
- Informationsgewinn; ABER: **Gefahr einer Voreingenommenheit des Untersuchers (Halo-Effekt)** -> Aktenstudium wird sich nicht vermeiden lassen; Vorgespräche sollten aber lieber unterbleiben (z.B. in manchen psychosomatischen Institutionen wird der Überweisungsbrief erst nach dem Erstinterview gelesen)

3.1.2 Sprache:

- Untersucher und Patienten sollten die **gleiche Sprache** sprechen
- einerseits soll der **Arzt sich nicht dem Idiom des Patienten zu sehr annähern** (könnte als Anbiederung verstanden werden -> **nötige Distanz würde verringert**)
- andererseits bedeutet das **Erleben der Gemeinsamkeit im Dialekt eine erhöhte Kommunikationsbereitschaft des Patienten**
- Daher: **Mittelweg finden** (nicht künstlich an die Sprache des Patienten annähern, aber auch nicht mit Fachtermini um sich werfen)

3.1.3 Raum:

- soll **nicht aussehen wie ein Büro oder ein OP**
- **Atmosphäre schaffen** durch Bilder, Blumen, etc. (andererseits betonen viele Analytiker die Anonymität des Behandlungszimmers)
- Raum wird vom Patienten **oft als Statussymbol des Untersuchers verstanden**

3.1.4 Zeitdauer:

- Patient soll das Gefühl haben, daß **sich der Untersucher Zeit für ihn nimmt**
→ häufige Fragen und Unterbrechungen, Auf-die-Uhr-Schauen, Störungen von außen irritieren ihn.
- **Intermittierende Störungsreize** sind außerdem: Telefonanrufe, Betreten des Zimmers durch Dritte -> **verhindern!**
- Sollte Unterbrechung oder Vergewisserung, wie spät es ist, unabdingbar sein, muß Untersucher das dem Patienten gegenüber ansprechen.
- **optimale Zeitdauer = 60 Minuten** (minimal 30 Minuten / maximal 90-120 Minuten)
- kann Anamnese nicht in dieser Zeit beendet werden -> Abbruch und Vertagung (= fraktionierte Anamnese)

3.2 Die sozialen Determinanten des Gespräches:

3.2.1 Rolle des klinischen Untersuchers:

- **Aufgabe des Arztes oder Psychologen:** den Patienten psychisch und somatisch gesund und leistungsfähig (d.h. auch sozial funktionstüchtig) zu machen; bekommt dafür Honorar; hat auch das Recht, die ansonsten tabuisierte Intimsphäre in Gespräch und Untersuchung zu berühren
- Pflicht des Arztes / Psychologen zur **Geheimhaltung** des ihm vom Patienten Offenbarten
- Patient bringt dem Arzt / Psychologen eine Art **Basisvertrauen** entgegen (dies gilt nicht der Person, sondern der institutionellen Rolle) -> durch bestimmte Gegebenheiten beim Patienten, in der Situation oder bei Untersucher kann dieses verringern oder verstärken

3.2.2 Einstellung des Patienten:

- ist primär **geprägt durch die Motivation zur Untersuchung**
 - ➔ kommt der **Patient aus eigenem Antrieb**, durch Überweisung oder auf Empfehlung zum Arzt / Psychologen, ist seine Einstellung zum Gespräch meist positiv (**Motivation ist gegeben**)
 - ➔ besteht jedoch eine **direkte oder indirekte Nötigung zur Untersuchung** (z.B. in forensischen oder versicherungsrechtlichen Untersuchungen), ist die **Gesprächsmotivation meist gering** und die Einstellung negativ
- **Negative Einstellung des Patienten kann meist verringert werden**, indem Arzt / Psychologe den **Patienten über seine Funktion aufklärt** (Aber: Patient weiß, daß vom Psychologen und dessen GA abhängt, ob er z.B. eine Rente bekommt -> das beeinflußt sein verbales und paraverbales Verhalten!)
- Ähnlich ist es auch in der Erziehungsberatung und Kinderpsychiatrie (Kind wird von Eltern manchmal unter Androhung von Strafen in die Klinik geschleppt, hat Angst -> diese kann meist durch **Thematisierung des Untersuchungsgrundes** verringert werden)

3.2.3 Einstellung des Untersuchers:

- wird bestimmt **durch Informationen über den Patienten** und **durch die eigene situative psycho-physische Disposition** des Untersuchers
- Information über den Patienten erhält der Untersucher aus **Aktenstudium**; aber auch der **Weg, den der Patient zum Untersucher genommen hat**, ist wichtige Information (Gefahr dabei: Kommt der Patient z.B. von einer Institution, die gewöhnlich nur schwierige, unangenehme Fälle liefert, so kann das beim Untersucher Voreingenommenheit erzeugen!). Daraus können auch **Vorurteile** werden.
- Auch das **Auftreten des Patienten, seine Kleidung, seine Sprache, seine Gestik** sind eine wichtige Informationsquelle
 - ⇒ aus all dem ergibt sich eine **primäre Sympathie oder Antipathie** (sie ist jedoch nicht zu trennen von primären Übertragungsphänomenen)

3.2.4 Übertragung und Gegenübertragung:

- Bei Anamnese, Exploration, einfachem klinischen Gespräch, Interview nach Rogers sind **unbewußte Übertragungen von emotionalen Konstellationen aus früheren oder frühesten zwischenmenschlichen Beziehungen unerwünscht** (gilt auch für die Gegenübertragung); weil störende Nebeneffekte
- Im **psychoanalytischen Interview** und im **Interaktions-Interview** nach Sullivan können **Übertragung und Gegenübertragung genutzt** werden (dient die Lehranalyse und die Supervision)

3.3 Interviewfehler:

3.3.1 Technische Fehler:

- sind rational erkennbar und **durch Hinweise und Training korrigierbar**
- BEISPIEL: **Suggestivfrage** (Untersucher formuliert die Frage so, daß Patient die Erwartung des Untersuchers heraushört und sich bemüht, „richtig“ zu antworten)

3.3.2 Persönlichkeit des Interviewers als Fehlerquelle:

- Aussehen, Name und viele andere **Merkmale des Interviewers** können die **Aussagen des Patienten beeinflussen** (z.B. in einer Befragung über antisemitische Einstellungen bekamen Interviewer mit jüdischem Namen und jüdischem Aussehen die wenigsten antisemitischen Antworten)
- **Untersucher kann dem Patienten unbewußt Werthaltungen und Einstellungen vermitteln** (z.B. RICE stellte fest, daß antialkoholische Interviewer bekamen signifikant öfter von ihren Befragten die Meinung zu hören, daß Alkohol schuld am sozialen Abstieg von Menschen sei)

3.3.3 Projektion eigener psychischer Gegebenheiten des Untersuchers:

- ist ein sehr häufiger Fehler und auch sehr schwer zu eliminieren -> **individuelle als auch institutionelle (also schulische) Stereotypen formen die psychologische und psychiatrische Diagnose** (Beispiel: Gruppe von Analytikern beurteilten Patienten und wurden dabei selbst von anderen Analytikern beurteilt - > gaben häufig immer dieselbe Diagnose [z.B. depressiv-orale Struktur]; wurden selbst von den anderen Analytikern aber als genau gegenteilig eingestuft [es gab hier eine Art umgekehrte Korrelation])

2.4 Die Protokollierung des klinischen Gesprächs:

3.4.1 Mitschreiben:

wird von vielen Autoren (auch von FREUD) für schlecht angesehen, weil es hemmend auf die Äußerungsbereitschaft des Patienten wirkt -> experimentelle Untersuchungen beweisen aber, daß **durch das Vergessen** (vgl. Ebbinghaus'sche Gedächtniskurve) **sehr viel an Information verloren geht** (nach dem Gespräch bereits 30%);

➔ **daher: mitschreiben!**

3.4.2 Tonbandaufzeichnung:

- ethische und juristische Bedenken -> darf **nur mit Wissen und Einverständnis des Patienten** durchgeführt werden
- wird am häufigsten verwendet **in der nicht-direktiven Psychotherapie** (aber auch von Analytikern)
- Patienten sind viel weniger durch das Tonband irritiert als die Untersucher

3.4.3 Film- und Fernsehaufnahme:

- **Vorteil:** neben akustischer auch optische Registrierung (z.B. gesamte Gestik); ist ein Eingriff in die Privatsphäre, aber von großem Wert für Forschung und Ausbildung
- **Patient darf auch ablehnen** (allerdings trauen sich das viele nicht, weil sie fürchten, der Arzt werde ihnen dann weniger Aufmerksamkeit schenken)

4. Formale Phänomene des Gesprächs:

4.1. Die Strukturierung der Gesprächs:

4.1.1 Grobstruktur:

- strukturierte (oder standardisierte) Anamnese:

dem Patienten werden nur Alternativen oder einige Möglichkeiten zur Auswahl (multiple-choice) vorgelegt

- semi-strukturiertes Gespräch:

Anamnese oder Exploration, in der dem Patienten weitgehend festgelegte Fragen und auch völlig freie Fragen vorgelegt werden

- geringste Strukturierung haben freie Gespräche analytischer Prägung

4.1.2 Feinstruktur:

- wird hergestellt durch die **teils bewußte, teils unbewußte Gesprächsführung durch den Untersucher**
- Erster Satz „Was führt Sie her?“ / „Womit kann ich helfen?“ lenkt bereits Gespräch in die eine oder andere Richtung
- **Je freier die Frageformulierung, desto länger ist die Antwort des Patienten**
- **Je direkter die Frage, umso kürzer ist die Antwort**
- **Positive Bemerkungen** (z.B. „gut“ / „mmmh“) bedingen eine Häufung der damit versehenen Äußerungen des Patienten (-> **verbales Konditionieren**)

5. Zuverlässigkeit und Gültigkeit der psychopathologischen Diagnose:

5.1 Statistische oder klinische Evidenz:

- klinisches Gespräch ist **immer situationsgemäßer als ein gut quantifizierbares Testverfahren**
- in klinisches Gespräch geht in hohem Maß die **Erfahrung und der Ausbildungsgrad des Untersuchers** mit ein

5.2 Übereinstimmung der psychopathologischen Diagnosen:

- viele Untersuchungen über die mangelnde Reliabilität von psychiatrischen Diagnosen (bei manchen z.B. kaum 50% Übereinstimmung) - andere wieder ergaben eine sehr hohe Übereinstimmung und die Richtigkeit der Diagnose
- **Diagnose ist nicht Selbstzweck, sondern steht im Vorfeld der Therapie**
- Mit dem **Aufkommen der Psychopharmaka** und der Kombination von pharmakologischer und therapeutischer Behandlung -> **spezifische psychologische Diagnostik gewinnt an Bedeutung**
- **Ausbildung des Arztes / Psychologen** ist für die Diagnose von wesentlicher Bedeutung

5.3 Die Relativität der Diagnose:

- Diagnose ist für die meisten psychotherapeutischen Verfahren nur von relativer Bedeutung.
- In der **Verhaltenstherapie** ist Symptom gleich Krankheit, **Diagnose kann hier relativ leicht gestellt** werden
- In der **analytischen Psychotherapie** ist die **Kooperations- und Interaktionsmöglichkeit zwischen Analytiker und Patient weit wesentlicher als eine absolute (d.h. validierte) Diagnose**
 - ➔ Untersucheraffinitäten zu bestimmten Patientenstrukturen sind nur störend für das wissenschaftliche Ordnungsbedürfnis, nicht aber für die praktische Therapie (dem entspricht die Erfahrung der alten psychoanalytischen Probebehandlung)