



Diagnostik in der Psychotherapie

Aus der Praxis für die Praxis
Anton-Rupert Laireiter

Die Diagnostik stellt einen zentralen Bestandteil jeder psychotherapeutischen Intervention dar. Psychotherapie¹, die modernen Anforderungen der Gesundheitsversorgung genügen will, bedarf einer spezifischen Diagnostik, sowohl zu Beginn als auch in ihrem Verlauf und am Ende. Diese fachgerechte Diagnostik wird im vorliegenden Beitrag umrissen und ihre Umsetzung in der Praxis sowie Defizite in einigen therapeutischen Orientierungen herausgearbeitet.

Der folgende Beitrag bedarf für ein adäquates Verständnis seiner Intentionen einiger Vorbemerkungen. Er ist aus der Sicht der Praxis für die Praxis geschrieben. Daher treten bestimmte, eher wissenschaftliche Anforderungen an die Diagnostik in der Psychotherapie perspektivisch etwas in den Hintergrund und praxisbezogene Momente der Anwendung von Diagnostik und diagnostischer Konzepte stärker in den Vordergrund. Der Beitrag geht davon aus, dass Psychotherapie Diagnostik »braucht«, allerdings nicht jede oder eine beliebige, sie braucht eine spezifische Diagnostik, eine, die der Psycho-

therapie angemessen ist und die die von ihr verlangten Aufgaben und Anforderungen optimal erfüllt. Eine derartige Diagnostik kann nur mehrdimensional und multifunktional sein. Sie hat zu verschiedenen Zeitpunkten des Therapieprozesses unterschiedliche Aufgaben und ist eine zentrale Komponente psychotherapeutischen Handelns, ohne die Intervention nicht möglich ist. Der folgende Beitrag hat die Aufgabe, dieses mehrdi-

PROLOG

¹ Überarbeitete Fassung eines Vortrages gehalten anlässlich des »Dritten Zürcher Diagnostik-Kongresses« an der Universität Zürich vom 14. bis 15.3.2002.

mensionale diagnostische Konzept zu umreißen und aufzuzeigen, wie Diagnostik in der psychotherapeutischen Praxis durchgeführt werden kann und soll, um basalen Qualitätskriterien, die an eine moderne Psychotherapie in der Gesundheitsversorgung heute zu stellen sind, zu entsprechen. Adressaten der folgenden Ausführungen sind nicht psychotherapeutische Institutionen oder psychotherapeutische Lehr- und Ausbildungsambulanzen bzw. Forschungsambulanzen an den Instituten für Psychologie der deutschsprachigen Universitäten, sondern die psychotherapeutischen Praktiker² in der ambulanten und stationären Psychotherapie.

Wenngleich der Autor dieser Arbeit einer spezifischen psychotherapeutischen Orientierung angehört, der kognitiv-behavioralen, wird hier dennoch versucht, ein allgemeines und explizit therapieschulenübergreifendes Konzept der Diagnostik in der Psychotherapie zu vertreten. Dies bedeutet, dass auf eine Darstellung schulenspezifischer Aspekte und Ansätze der psychotherapeutischen Diagnostik zu Gunsten einer übergeordneten allgemeinen Perspektive verzichtet wird (s. dafür ausführlich Laireiter, 2000a). Es wird der orientierungs- oder schulspezifischen Diagnostik jedoch der Raum eingeräumt, der ihr nach Ansicht des Autors zusteht. Insofern können die allgemeinen Ausführungen ohne größere Probleme für die jeweilige psychotherapeutische Orientierung adaptiert werden.

Welche Diagnostik braucht die Psychotherapie?

Geht man von einem eher technologisch orientierten Therapiebegriff aus, der für die vorliegenden Zwecke am geeignetsten erscheint (s. z. B. Baumann, Hecht & Mackinger, 1984), so kann man Psychotherapie...

- als eine geplante, zielorientierte Maßnahme verstehen, die zu Änderungen führen soll.
- Diese Maßnahmen sind im Zusammenhang mit Verhaltensstörungen, Leidenszuständen, psychischer Beeinträchtigung, psychischen Störungen und ähnlichen psychologischen, interpersonalen und/oder sozialen Zuständen einzusetzen, die als behandlungsbedürftig anzusehen sind.
- Die Maßnahmen sind primär psychologischer Natur und werden durch dafür besonders ausgebildete Personen appliziert.
- Psychotherapie ist ein Prozess, der theoretisch fundiert sein muss und zwar hinsichtlich Indikation und Zielsetzung, Planung und Umsetzung der zu erwartenden Effekte sowie der zu behandelnden Personen, der behandelnden Personen und deren Interaktion.
- Die Ergebnisse von Psychotherapie müssen empirisch überprüft werden, ebenso ist das Vorgehen kontrolliert zu gestalten und die Entwicklung der Veränderung und der Lösungsschritte hinsichtlich erwarteter Veränderungen zu beobachten und zu dokumentieren.

Im Rahmen einer derartigen Vorstellung von Psychotherapie spielen Diagnostik und diagnostische Analysen an verschiedenen Stellen der Intervention und des therapeutischen Vorgehens eine Rolle:

1. Bei der Identifikation der als behandlungsbedürftig anzusehenden Zustände und Leidenszustände, derentwegen eine Person psychotherapeutische Hilfe aufsucht.

2. Bei der Entscheidung, was als »zielorientierte Maßnahme« zur Veränderung der betreffenden Leidenszustände bei einer bestimmten Person anzusehen ist.
3. Bei der Erarbeitung der Zielsetzungen und der Planung der psychologischen Maßnahmen.
4. Bei der Kontrolle des Interventionsvorgehens und
5. Bei der Evaluation der Effekte der gesetzten Maßnahmen sowohl im Laufe der Intervention im Sinne einer Entwicklungsanalyse (oder einer sogenannten formativen Evaluation, Wottawa & Thierau, 1998), wie auch an deren Ende im Sinne einer Gesamt- oder summativen Evaluation.

Diagnostik in der Psychotherapie hat also sehr unterschiedliche Aufgaben, die über die gesamte Therapie hinweg zu erfüllen sind, insbesondere

- zu Therapiebeginn,
- im Verlaufe einer Therapie oder Intervention und
- zum Therapieende.

Dies macht deutlich, dass Diagnostik ganz allgemein betrachtet eine zentrale Komponente jeglicher psychotherapeutischer Intervention darstellt, die aufs Engste mit dieser verknüpft ist.

Zu *Therapiebeginn* hat die Psychotherapie die Aufgabe (s. Laireiter, 2001),

- Leidenszustände und psychotherapierelevante Probleme zu identifizieren und zu beschreiben (*Diagnostizieren, Klassifizieren und Beschreiben*),
- die grundsätzliche Notwendigkeit der Psychotherapie zu begründen und zu rechtfertigen (*Allgemeine Indikation zur Psychotherapie*),
- bei der Entscheidung mitzuhelfen, welche Maßnahmen zur Behandlung der identifizierten Probleme und Leidenszustände zweckmäßig und zielführend sind (*Differenzielle Indikation, Prognose, Rechtfertigung*),
- therapeutische Ziele festlegen zu helfen und den Therapieprozess zu planen (*Selektive Indikation*).
- Damit verbunden stellt sie die Basis der Konstruktion und theoretischen Begründung eines psychotherapeutischen Arbeitsmodells im Sinne einer sogenannten »Fallkonzeption« dar.

Diagnostik zu Therapiebeginn wird also benötigt, um eine Reihe von Entscheidungen zu treffen und um das therapeutische Handeln grundsätzlich, aber auch spezifisch zu begründen und bei der Entwicklung eines theoretisch begründeten Arbeitsmodells (Fallkonzept) mitzuhelfen. Darüber hinaus hat Diagnostik in der Eingangsphase einer Therapie aber auch noch eine Reihe eher formalerer Aufgaben zu erfüllen, die aus *rechtlichen und ethischen Gründen* unverzichtbar sind:

- Sie hat die Notwendigkeit einer psychotherapeutischen Intervention gegenüber dem Patienten und den Kostenträgern – in der Regel den Kassen – im Sinne des Nachweises einer krankheitswertigen Störung nach dem Sozialversicherungsgesetz zu rechtfertigen und zu begründen.
- Sie muss das geplante therapeutische Vorgehen und die beabsichtigten Interventionen und Maßnahmen für die Fachöffentlichkeit, insbesondere wiederum für die Kostenträger *nachvollziehbar* machen.
- Damit verbunden muss sie das Vorliegen psychischer

² Im folgenden Beitrag wird aus Gründen der leichteren Lesbarkeit des Textes bei geschlechtsspezifischen Substantiva die männliche Form verwendet. Diese versteht sich jedoch als explizit geschlechtsneutral; Frauen (Psychotherapeutinnen, Klientinnen, Patientinnen) sind daher jeweils ausdrücklich mit eingeschlossen.

Leidenszustände und zu behandelnder psychologischer Zustände des Patienten dokumentieren (*Dokumentationsfunktion*).

- Als integraler Bestandteil moderner Psychotherapie ist sie ein wesentliches *Qualitätskriterium* derselben und dient im Sinne der Prozess- und Veränderungsdiagnostik auch der *Qualitätssicherung von Psychotherapie*.
- Nicht zuletzt und schon gar nicht als unbedeutendste Funktion hat Diagnostik auch *therapeutische Aufgaben*, insofern dass z. B. dem Patienten für seine Gefühle und Leidenszustände ein Label oder eine Erklärung gegeben werden, er Einsicht in sein Erleben und Verhalten erhält und er auch die Zusammenhänge zwischen den aktuellen Problemen und vergangenen Ereignissen und Erlebnissen erkennen kann. Insofern kann Diagnostik als eine Komponente des »informed consent« angesehen werden.

Mit dieser eher *indikations- und problemanalytisch orientierten Diagnostik* zu Therapiebeginn ist der Bedarf an Diagnostik im Rahmen psychotherapeutischer Interventionen jedoch noch keineswegs gedeckt, im Gegenteil, die *Durchführung einer Therapie und deren Prozess* beinhalten ebenfalls eine Reihe von Anforderungen, die nur durch detaillierte diagnostische Analysen zu bewältigen sind. Diese Art der psychotherapeutischen Diagnostik, die man als »*Verlaufs- und Prozessdiagnostik*« (Hautzinger, 2001) bezeichnen kann, ist für eher prozessorientierte Richtungen wie die Psychoanalyse oder die Therapien nach Rogers sicherlich von größerer Wichtigkeit, sie ist aber auch für stärker interventionsorientierte Ansätze wie die kognitive-behaviorale Psychotherapie oder die lösungsorientierte systemische Therapie nicht weniger bedeutsam. Die wichtigsten Aufgaben der Verlaufs- und Prozessdiagnostik sind die Therapiekontrolle und die adaptive Indikation auf Prozess- und Ergebnisebene im Sinne:

1. einer kontinuierlichen Erfassung und Bewertung der Veränderung der Symptomatik und wichtiger psychologischer und sozialer Zielparameter der Therapie (*Verlaufs-evaluation*);
2. einer kontinuierlichen Erfassung und Bewertung der Entwicklung der Therapie im Sinne der Evaluation des Therapieprozesses (*Prozessevaluation*);
3. der damit verbundenen Anpassung der therapeutischen Interventionen an die spezifischen Rahmenbedingungen der individuellen Therapie (*adaptive Indikation* der therapeutischen Intervention) und
4. der Steuerung des Prozesses der Therapie (adaptive Indikation prozessualer Interventionen).

Im Verlauf einer Psychotherapie haben wir es also mit einer sogenannten Therapie-Prozess- und Störungs-Veränderungs-Diagnostik zu tun; etwas verkürzt könnte man auch von einer »Therapie-Entwicklungs-Diagnostik« sprechen. Bei dieser geht es im Sinne eines zweigleisigen Prozesses einerseits darum, den Therapieprozess im Sinne einer positiven Entwicklung zentraler Therapieprozessvariablen wie Motivation, Arbeitshaltung, Beziehungsqualität, Selbstöffnung etc. auf Patienten-, Therapeuten- und Beziehungsebene zu beobachten, und andererseits darum zu analysieren, wie sich die Symptoma-

tik des Patienten und andere psychologische und soziale (Outcome-)Variablen, die für eine individuelle Psychotherapie als zentral angesehen werden, entwickeln. Schulte (1996) hat diese Aufgaben in seinem zweigleisigen Modell der therapeutischen Beziehungsgestaltung sehr schön herausgearbeitet.

Als theoretische Grundmodelle zur Fundierung dieser Art der Diagnostik können einerseits handlungs- und tätigkeitstheoretische Modelle herangezogen werden, andererseits auch sogenannte kybernetische Regelkreismodelle, die die Verbindung zwischen Beobachten und Handeln hervorheben. Ein sehr spezifisches Modell aus der Psychotherapie, das in diesem Zusammenhang sehr nützlich erscheint, ist das auf den Funktionskreis von von Uexküll aufbauende Konzept des »diagnostisch-therapeutischen Zirkels« von Wesiak (1980), das die enge Verwobenheit zwischen diagnostischem Erkennen und Analysieren einerseits und dem therapeutischen Handeln und Intervenieren andererseits besonders gut herausstreicht. Diesem Modell zufolge entwickelt der Therapeut im Rahmen einer Therapie kontinuierlich diagnostische und indikatorische Hypothesen und überprüft diese anhand des eigenen Verhaltens und Erlebens wie auch das des Klienten sowie der von ihm berichteten Daten. Aufbauend auf diesen Hypothesen werden die Interventionen gesetzt, in deren Folge wiederum sehr sorgsam analysiert wird, welche Effekte und Konsequenzen diese Interventionen auf den Klienten und den Prozess der Therapie ausüben. Abhängig von den Ergebnissen dieser diagnostischen Analysen werden dann die weiteren therapeutischen Schritte und Interventionen geplant und gesetzt etc. (vgl. dazu auch Vogel, 1994). Dieses Modell eignet sich nicht nur als Basis für die unmittelbare therapeutische Handlungsregulation, es kann auch für die Steuerung größerer therapeutischer Handlungssequenzen herangezogen werden.

Am *Ende einer Therapie* kommt eine Funktion der Diagnostik besonders zum Tragen, die bereits während des Therapieprozesses eine große Rolle spielte, die *Evaluation des Therapieergebnisses*, jetzt jedoch nicht mehr im Sinne einer formativen Evaluation, sondern im Sinne einer abschließenden, *summativen Evaluation* der Intervention (Wottawa & Thierau, 1998). Ich würde diese Art der Diagnostik gerne »*evaluative Diagnostik*« nennen, die ihrerseits wiederum verschiedene Einzelfunktionen besitzt, insbesondere:

1. die Veränderungsmessung,
2. die Beurteilung der Wirksamkeit und Effizienz der Therapie und
3. die (eher subjektive) Therapieevaluation durch Therapeut und Klient.

Hier geht es also um ein inhaltliches und formales Resümee der Therapie und ihrer Ergebnisse und um eine Bewertung derselben aus Sicht der Beteiligten, insbesondere des Therapeuten und des Klienten. »Diagnostisch« an dieser Funktion ist die sogenannte Veränderungsmessung (Stieglitz & Baumann, 2001), die mit verschiedenen Strategien operiert,

- der direkten Veränderungsbeurteilung,
- der indirekten Veränderungsmessung durch Vergleiche von Prä- und Postergebnissen standardisierter Verfahren,

- der Zielerreichungs- oder individualisierten Erfolgsbeurteilung,
- kriteriumsorientierten Erfolgsmessungen und
- Qualitäts- und Zufriedenheitsbeurteilungen.

Vom Design der Therapieevaluation her gesehen kann man eine unmittelbare, die am Therapieende ansetzt, von einer katamnestic, die die Stabilität des therapeutischen Erfolges durch eine um einen gewissen Zeitraum versetzte Evaluation berücksichtigt, unterscheiden. Kehren wir nun zu der eingangs gestellten Frage zurück: »Welche Diagnostik braucht die Psychotherapie?« Eine vorläufige Antwort darauf wäre: Psychotherapie verfügt dann über eine psychotherapiegerechte Diagnostik, wenn diese problemanalytisch-indikatorisch, therapiebegleitend und evaluativ gleichzeitig ist, d.h. über den gesamten Therapieverlauf, angefangen beim Erstgespräch (oft schon früher), über die einzelnen Interventionssitzungen hinweg bis hin zum Therapieende in ihren Grundfunktionen, Analyse und Evaluation, operiert und den Therapeuten bei der Erstellung seines Fallkonzeptes, dessen Umsetzung und der Evaluation dieser Umsetzung unterstützt. Mit dieser Aussage ist allerdings erst ein Drittel der Antwort auf die eingangs gestellte Frage gegeben, es fehlen noch zwei. Das zweite Drittel beschäftigt sich mit den diagnostischen Konzepten, die die Psychotherapie benötigt, um diese Aufgaben zu erfüllen, und das dritte mit der geforderten Methodik der Diagnostik, d. h. damit, wie Diagnostik in der Praxis und im Einzelfall betrieben werden soll, damit sie funktionsgerecht operieren kann.

Welche Konzepte braucht die Diagnostik in der Psychotherapie?

Psychotherapie als System wie auch als Technologie ist theoretisch begründet, was sie u. a. von alltagspsychologischen spontanen Hilfs- und Unterstützungsinterventionen des informellen Helfersystems unterscheidet (Baumann et al., 1984). Dies bedeutet, dass psychotherapeutische Interventionen auf der Basis spezifischer theoretischer Modelle operieren, die das Funktionieren des Menschen und dessen Abweichungen vom Normalniveau sowie die Entstehung dieser Abweichungen und deren Veränderungen erklären, zumindest jedoch begründbar und plausibel machen. Für die Diagnostik bedeutet dies, dass eine psychotherapeutische Diagnostik nur dann hilfreich und funktional sein kann, wenn sie einen Bezug zu den allgemeinen wie spezifischen theoretischen Modellen einer therapeutischen Orientierung besitzt, auf deren Basis sie in dieser Psychotherapie betrieben wird. Anders ausgedrückt, psychotherapeutische Diagnostik muss primär und in erster Linie orientierungs- oder theoriebezogen sein, sie muss auf den Modellen und Konzepten beruhen, die auch Basis des therapeutischen Handelns in der betreffenden therapeutischen Richtung sind. Aus verschiedenen Gründen reicht allerdings diese theorie- oder orientierungsbezogene Diagnostik, z. B. psychoanalytische Diagnostik, Verhaltensdiagnostik oder Familiendiagnostik, nicht aus, um die gestellten Anforderungen an die Diagnostik in der Psychotherapie zu erfüllen. Sie muss um mindestens zwei Konzepte ergänzt werden,

- die klinische Diagnostik, insbesondere die psychiatrische Diagnostik, einerseits und

- die technologisch orientierte Diagnostik, repräsentiert durch Ansätze der klinischen Psychodiagnostik (=klinisch-psychologische Diagnostik) andererseits.

Darüber hinaus bedarf die Psychotherapie bei spezifischen Fragestellungen natürlich auch noch weiterer diagnostischer Konzepte und Methoden, z. B. somatisch-medizinischer Diagnostik, neurologischer und/oder neuropsychologischer Diagnostik, Persönlichkeitsdiagnostik, Leistungsdiagnostik etc., um nur einige zu nennen. Da diese aber nur bei spezifischen Fragestellungen zum Einsatz kommen, die klinische Diagnostik jedoch einen Standard psychotherapeutischer Diagnostik repräsentiert (Laireiter, 2000b), wird auf diese speziellen Konzepte im Folgenden nicht weiter eingegangen. Stattdessen soll die Frage begründet werden, warum die Psychotherapie klinische Diagnostik in Form sowohl (kategorialer) psychiatrischer wie auch (dimensionaler) psychologischer Diagnostik benötigt.

Die Notwendigkeit *klinisch-psychiatrischer Diagnostik* (im Sinne sowohl von ICD- und DSM-Diagnostik wie auch einer exakten Erfassung des psychopathologischen Status und psychopathologischer Symptome und Syndrome) kann durch folgende Argumente begründet werden:

1. Klinische Diagnostik dient dazu, die Krankheitswertigkeit eines Leidenszustandes zu bestimmen und
 2. vermittelt damit das Recht, die Sozialversicherung als Kostenträger für eine Psychotherapie in Anspruch zu nehmen bzw., von Therapeutenseite aus betrachtet, mit den Kassen abzurechnen.
 3. Klinische Diagnostik dient der Kommunikation und Kooperation mit anderen Professionen, insbesondere der Psychiatrie und Medizin.
 4. Klinische Diagnostik ermöglicht das Erkennen und die Einordnung psychopathologischer Phänomene und Leidenszustände in übergeordnete Entitäten und verschafft damit auch eine gewisse Klarheit und Erklärung für die vorliegenden Probleme und stellt auf diese Weise auch Bezug zu etablierten klinischen Wissens- und Erfahrungsbeständen her.
 5. Klinische Diagnostik ermöglicht damit auch ein gewisses Verständnis für die Probleme des Klienten oder Patienten und vermag auf diese Weise auch zur therapeutischen Empathie beizutragen.
 6. Klinische Diagnostik ist, zumindest in bestimmten psychotherapeutischen Richtungen wie der Verhaltenstherapie, eine zentrale Voraussetzung für die Indikation störungsspezifischer Behandlungskonzepte (Fiedler, 2000).
 7. Sie spielt eine wesentliche Rolle bei der Indikation von medikamentöser Therapie, die ja in vielen Fällen wesentlicher Bestandteil einer integrierten Behandlung ist.
 8. Klinische Diagnostik ist für die Bestimmung der Schwere einer Störung unumgänglich und ist so wichtiger Bestandteil der Indikation und der Prognose einer Therapie und kann auch deren mögliche Effekte voraussagen.
 9. Klinische Diagnostik ist bis zu einem gewissen Grad auch durch die Dokumentationspflicht von Psychotherapeuten verpflichtend.
 10. Last but not least ermöglicht die klinische Diagnostik auch einen Zugriff auf die störungsspezifisch geordnete Literatur und auf entsprechende Forschungsergebnisse.
- Klinisch-psychologische Diagnostik im Sinne der An-*

wendung psychologischer Instrumente und Verfahren dient vor allem der Quantifizierung klinischer Phänomene und Auffälligkeiten und kann als solche aus folgenden Gründen relevant sein:

1. ökonomische Erfassung eines breiten Ausmaßes an psychischen Störungen (*Screening; Inventarisierung*),
2. Quantifizierung der Symptomatik der zu behandelnden Störungen (*Störungsdiagnostik*),
3. Erfassung der Krankheitswertigkeit einer Störung (*Normwerte; Klinische Cut-off-Werte*),
4. Erfassung und Analyse spezifischer psychologischer Sachverhalte (*Eigenschafts- und Funktionsdiagnostik*),
5. kontinuierliche Erfassung der Prozess- und Ergebnisqualität (*Verlaufs- und Prozessmonitoring; Qualitätsmonitoring*),
6. Messung des Therapieerfolges durch Quantifizierung der Veränderung (*Veränderungs- und Erfolgsmessung*).

Es gibt also einige gewichtige Argumente, die dafür sprechen, kategoriale und dimensionale klinische Diagnostik mit der theorie- und orientierungsbezogenen zu einer allgemeinen psychotherapeutischen Diagnostik zu verbinden. Die Frage, die sich hierbei stellt, ist, wie diese Integration erfolgen kann, sowohl konzeptuell wie auch praktisch.

Was die konzeptuelle Integration betrifft, ist davon auszugehen, dass die drei Konzepte relativ unterschiedliche Funktionen und Aufgaben in der psychotherapeutischen Diagnostik besitzen und daher nicht aufeinander rückführbar sind. Dies bedeutet, dass es vermutlich kaum systematische konzeptuelle und praktische Integrationsmöglichkeiten gibt und die drei Arten der Diagnostik unabhängig voneinander durchzuführen sind.

Orientierungsspezifische Diagnostik hat vor allem die Aufgabe, die Leidenszustände und die zu behandelnden Probleme eines Patienten in die theoretischen Modelle und Konzepte der betreffenden therapeutischen Orientierung zu übersetzen bzw. überzuführen, d. h. also aus der individuellen Problemkonstellation einen »Fall« zu konstruieren und damit verbunden Handlungsanleitungen und Behandlungsvorschriften oder -ideen abzuleiten. Die *orientierungsspezifische Diagnostik* hat also vor allem die Aufgabe der Problemkonstruktion und -analyse, der Fallkonstruktion und der differenziellen und selektiven Indikation spezifischer Behandlungsstrategien.

Klinisch-psychiatrische Diagnostik dient primär der Identifikation psychopathologischer Symptome und Syndrome, der Identifikation psychischer Störungen und damit der Beschreibung des psychischen Zustands eines Patienten und der Analyse seiner Probleme.

Klinisch-psychologische Diagnostik hat ihren Schwerpunkt in der Störungsbeschreibung und Störungs- und Problemanalyse sowie der Quantifizierung von Ausprägungen und Merkmalen und in der Veränderungsdiagnostik.

Wichtig erscheint es noch zu ergänzen, dass alle drei Konzepte im Therapieverlauf und zu Therapieende in gleicher Weise, jedoch mit ihren jeweils spezifischen Schwerpunkten, die Aufgabe des Verlaufsmonitorings und der Evaluation besitzen, wie sie auch alle drei der Dokumentation und Qualitätssicherung dienen. Orientierungsspezifische Diagnostik hat aber im Gegensatz zur

klinischen Diagnostik eine größere Bedeutung für die Analyse und Steuerung des therapeutischen Prozesses und damit auch für die adaptive Indikation.

Eine weitere Frage, die sich in diesem Zusammenhang stellt, ist die, ob es außer dem hier vorgestellten Modell der »Drei-Säulen-Diagnostik« noch andere allgemeine diagnostische Konzepte gibt, die für die Psychotherapie relevant sind. Interessant wären vor allem solche Modelle, die die Kommunikation zwischen den psychotherapeutischen Orientierungen erleichtern und für die psychotherapeutische Arbeit wichtige Merkmale der Person des Patienten und seiner Probleme erfassen. Dem Autor dieses Beitrages sind solche übergeordneten Konzepte nicht bekannt. In Österreich versucht gegenwärtig eine Arbeitsgruppe im Rahmen des Psychotherapiebeirates des Bundesministeriums für Soziale Sicherheit und Generationen (Gesundheitsministerium) ein orientierungsübergreifendes Konzept psychotherapeutischer Diagnostik zu erarbeiten, das derartige Ansprüche realisieren soll. Eine mögliche vierte Säule in diesem Konzept ist neben der klinischen und der orientierungsbezogenen Diagnostik die interpersonale Diagnostik, d. h. die Erfassung spezifischer Interaktionsmuster, die Patienten besitzen und über die sie mit anderen Menschen, im Falle der Psychotherapie mit dem Psychotherapeuten, in Kontakt treten. Damit verbunden soll gleichzeitig auch eine Art interaktionelles Metakonzepth entwickelt werden, dem sich Psychotherapeuten in der Praxis zum Zwecke einer besseren Kommunikation untereinander anschließen sollen. Die starke Betonung des interaktionellen Aspektes dürfte nicht nur theoretische Hintergründe haben, sie dürfte vor allem auch mit der Dominanz psychodynamischer und interpersoneller Orientierungen in der österreichischen Psychotherapie in Verbindung stehen.

Aus Sicht des Autors dieses Beitrages erscheint neben der interaktionellen vor allem die Ressourcendiagnostik (Grawe, 1999) für eine übergeordnete Perspektive wichtig. Diese sollte die spezifischen Potenziale, Kompetenzen und sozialen Aktiva einer Person aufzeigen, um auf diese Weise zu einer ressourcenorientierten psychotherapeutischen Indikation beitragen zu können. Leider existiert bislang weder ein ausgefeiltes oder umfassendes System einer interaktionellen noch einer Ressourcendiagnostik, die für die Psychotherapie allgemein verwendbar wären, sodass gegenwärtig die drei erwähnten Konzepte (psychologische, psychiatrische, orientierungsbezogene Diagnostik) die Zentralelemente der psychotherapeutischen Diagnostik repräsentieren.

Qualitätskriterien einer modernen psychotherapeutischen Diagnostik

Die Psychotherapie hat mit ihrer Integration in das Gesundheitssystem einen Entwicklungsstand erreicht, der es notwendig macht, ihre Anwendung in der Praxis zu systematisieren und durch Qualitätskriterien und Leitlinien festzuhalten, was gegenwärtig als Stand der Entwicklung gilt, um auf diese Weise allen Patienten und Klienten den gleichen Standard zu garantieren. Im folgenden Abschnitt sollen derartige Standards und Kriterien dargestellt und erörtert werden. Diese können in eher allgemeine und in spezifische, die die Durchführung konkreter

diagnostischer Untersuchungen im Therapieverlauf betreffen, unterteilt werden.

Übergeordnete Standards der Diagnostik in der Psychotherapie

Aus Sicht des Autors sind folgende allgemeine und übergeordnete Kriterien für die Diagnostik in der Psychotherapie maßgeblich (s. dazu auch ausführlicher Laireiter, 2000b):

1. Diagnostik ist ein zentraler Qualitätsstandard moderner Psychotherapie.

2. Aufgrund der Dokumentationspflicht, die die Diagnostik einschließt, besteht eine rechtliche Verpflichtung zur diagnostischen Erfassung bestimmter Daten im Rahmen von Psychotherapie. Daraus kann auf eine »Diagnostikpflicht« geschlossen werden. Nach österreichischem Recht³ sind dies folgende:

– »Zustand« der Person bei Übernahme in die Behandlung (→ Statusdiagnostik)

– Vorgeschichte der Erkrankung und Störungsverlauf (→ Anamnesen)

– Bisherige Behandlungen und deren Erfolge (→ Anamnesen)

– Frühere und neu aufgetretene Erkrankungen und deren Behandlung, die für die gegenständliche Behandlung und deren Indikation von Bedeutung sind

(→ Anamnesen; medizinische Diagnostik)

– Fachspezifische diagnostische Analysen zur Feststellung der Indikation des therapeutischen Vorgehens

(→ orientierungsspezifische Diagnostik)

– Art und Umfang der applizierten psychotherapeutischen Methoden und deren Effekte (→ Verlaufsdagnostik)

3. Daraus kann man als Standard bzw. rechtlich getragene Verpflichtung die Durchführung folgender diagnostischer Prozeduren ableiten:

■ Die systematische Erfassung und Beschreibung des Status des Patienten zu Beginn einer Psychotherapie hinsichtlich:

– klinischem Zustandsbild,

– therapeutisch relevanter Symptomatik,

– sonstiger Probleme und Auffälligkeiten sowie

– orientierungsspezifischer Analysen und Problem- und Fallkonstruktionen.

■ Die Durchführung von Störungs- und biographischen Anamnesen.

■ Die Durchführung von Analysen betreffend therapeutischer Ziele und die Indikation von Psychotherapie.

■ Verlaufs-, Prozess- und evaluative Diagnostik.

4. Diagnostik ist daher bei jeder Intervention durchzuführen – Keine psychotherapeutische Intervention ohne ausführliche und fundierte diagnostische Analysen!

5. Aus Gründen der Therapiekontrolle und der Qualitätssicherung sollte die Diagnostik systematisch und explizit sein und nicht nur auf qualitativen diagnostischen Analysen beruhen. Dies verlangt eine systematische explizite Diagnostik; zur Bewertung der Befunde sollte man sich an Kriterien und Normen orientieren.

6. Diagnostik muss so gestaltet sein, dass sie ihre zentralen Aufgaben, die

Problemanalyse und Störungsklassifikation,

– Indikation und Fallkonstruktion,

– Verlaufs- und Prozesskontrolle und

– die Evaluation erfüllen kann.

7. Dabei muss es aufgrund der unterschiedlichen Funktionen der einzelnen diagnostischen Konzepte zu einer Integration von orientierungsbezogener und klinischer (sowohl psychiatrischer wie psychologischer) Diagnostik kommen.

8. Die einzelnen therapeutischen Richtungen und Methoden müssen sich um die Entwicklung und Explizierung ihrer spezifischen diagnostischen Konzepte, Strategien und Methoden in ihren jeweiligen praxeologischen Konzepten bemühen. Viele therapeutische Richtungen weisen hier noch starke Mängel auf (Laireiter, 2000a).

9. Die Entwicklung diagnostischer Kompetenz muss Gegenstand der Ausbildung in Psychotherapie sein!

Durchführungskriterien

Was die konkrete Durchführung der Diagnostik in Psychotherapien betrifft, sind aus Sicht des Autors folgende Kriterien maßgeblich:

1. Diagnostik ist nicht nur zu Therapiebeginn zu betreiben, sie hat vor allem auch den Fortgang und Verlauf einer Psychotherapie durch explizite Prozess- und Verlaufsanalysen zu kontrollieren und die Ergebnisse derselben zu Therapieende zu evaluieren und zu dokumentieren.

2. Diagnostik sollte nicht nur aus Sicht des Psychotherapeuten betrieben werden. Klinische und psychotherapeutische Diagnostik sollte dem Kriterium der »Multimodalität« entsprechend unterschiedliche Perspektiven, Ebenen und Funktionsbereiche berücksichtigen.

3. Diagnostik muss aber auch dem jeweiligen Fall angemessen, d. h. praktikabel und ökonomisch sein.

4. Insbesondere aufgrund ökonomischer Vorteile, aber auch aufgrund methodischer Gesichtspunkte ist die computergestützte Diagnostik im Rahmen der Psychotherapie zukunftsweisend.

5. Aus Vergleichsgründen sollten einheitliche Methodenpakete, wie sie im Fall der Computerdiagnostik in diversen Anwenderprogrammen bereits implementiert sind, verwendet werden (Braun, 1998; Grawe & Baltensperger, 1998).

Exkurs: Implizite vs. explizite Diagnostik

Ein Punkt erscheint in diesem Zusammenhang besonders wichtig, da er die Durchführung der Diagnostik unmittelbar berührt: Im allgemeinen Verständnis ist der Begriff Diagnostik sehr eng assoziiert mit der Anwendung spezifischer Methoden und der Durchführung expliziter Untersuchungen und Analysen, meist mit standardisierten Instrumenten. Diagnostik in der praktischen Anwendung der Psychotherapie wird aber – unabhängig von ihrer theoretischen Orientierung – sehr häufig gerade nicht mit expliziten Methoden betrieben, sondern erfolgt sehr oft, in der Praxis vermutlich in den meisten Fällen, intuitiv und auf der Basis qualitativer Explorationen und klinisch-diagnostischer Interviews, in klinischen Beurteilungen, unsystematischen Beobachtungen und qualitativen (klinischen) Schlussfolgerungen. Es ist wichtig zu betonen, dass dieses intuitive und qualitative Vorgehen einen wesentlichen Bestandteil der Diagnostik in der Psychotherapie ausmacht. In wissenschaftlichen Analysen zur

3 Da der Autor österreichischer Staatsbürger ist und sich nur in diesem Rechtssystem, was die Psychotherapie betrifft, kompetent fühlt, wird hier nicht auf die Situation in Deutschland eingegangen. Es ist zu vermuten, dass im bundesdeutschen Rechtssystem vergleichbare Verpflichtungen existieren.

Diagnostik in der Psychotherapie wird dieser Aspekt leider meist ausgespart bzw. unter dem Thema »Probleme der Diagnostik« behandelt (s. dazu auch Caspar, in Druck), und erst in neuerer Zeit gibt es einige Versuche, dieses Problem ernst zu nehmen und Lösungen dafür anzubieten (Westhoff, 2002).

Diese *qualitative oder implizite Diagnostik*, wie man sie auch nennen könnte, spielt aber in der praktischen Psychotherapie eine zentrale Rolle, insbesondere bei der Prozess- und Verlaufsdagnostik und der adaptiven Indikation; sie ist aber auch von Bedeutung bei der Problem- und Fallkonstruktion zu Beginn einer Therapie ebenso wie bei der Evaluation der Therapie. Theoretisch betrachtet handelt es sich bei dieser Diagnostik um Analysen und Erkenntnisse, die auf (meist hoch automatisierten) Prozessen der Informationsverarbeitung beruhen, welche systematisch zu schulen Aufgabe und Ziel der Ausbildung ist (Caspar, in Druck) und durch langjährige Erfahrung und Praxis entwickelt und perfektioniert wird. Qualitative/implizite Diagnostik ist dieser Perspektive zufolge kein Problem per se, sondern notwendiger Bestandteil eines jeden psychotherapeutischen Expertentums. Es muss als ein Problem der gegenwärtigen Ausbildungskonzepte angesehen werden, dass die klinische Informationsverarbeitung und die damit verbundenen Hypothesengenerierungs- und -Testungsprozesse während der Ausbildung noch nicht systematisch geschult und reflektiert werden. Weiterentwicklungen gegenwärtiger Ausbildungen müssen diesem Bereich erhöhte Aufmerksamkeit schenken (Caspar, in Druck).

Da automatisierte Informationsverarbeitung primär konzeptgebunden ist, besitzt sie eine hohe idiosynkratische Komponente und ist damit prinzipiell auch fehleranfällig. Aus diesem Grund sollten die entsprechenden diagnostischen Analysen und Erkenntnisse einer permanenten Reflexion unterzogen werden, sowohl in Form von therapeutischer Selbstreflexion, vor allem aber in der Supervision oder Intervention. Zusätzlich sollte sie durch Strategien und Methoden einer expliziten, *systematischen Diagnostik* ergänzt werden. Eine Möglichkeit, diese Integration zu leisten und diesen Bereich während der Ausbildung zu entwickeln, liegt aus Sicht des Autors in einem fundierten Training klinisch-diagnostischer Interviewführung (Kici & Westhoff, 2000; Westhoff, 2000) und der Schulung im diagnostischen Entscheidungsprozess (Westhoff, 2002) sowie in der Entwicklung spezifischer diagnostischer Kompetenzen. Die Diagnostische Psychologie hat in den letzten Jahren eine Reihe interessanter Ansätze hervorgebracht, die einen wichtigen Beitrag zur Entwicklung diagnostischer Kompetenzen sowohl in der Planung wie auch der Durchführung und Auswertung diagnostischer Analysen und Untersuchungen zu Beginn wie im Verlauf des Therapieprozesses leisten können (Amelang & Zielinski, 2002; Westhoff, 2002).

Anwenderkriterien

Auch in Bezug auf die Psychotherapeuten, die die diagnostischen Konzepte, Strategien und Methoden anwenden, sind eine Reihe von Qualitätsstandards zu formulieren.

1. In erster Linie ist zu fordern, dass sich Psychotherapeuten fundierte Kenntnisse hinsichtlich der für sie relevan-

ten diagnostischen Konzepte, Strategien und Methoden aneignen (klinisch-psychiatrische Diagnostik, klinisch-psychologische Diagnostik, orientierungsspezifische Diagnostik). Diese Forderung schließt nicht nur die Kenntnis der entsprechenden Systeme (z. B. ICD-10; DSM-IV), sondern vor allem auch die abzubildenden Phänomene – die Psychopathologie – mit ein. Dies bedeutet, dass Psychotherapeuten unbedingt eine profunde und fundierte Kenntnis der Psychopathologie und der Psychologie psychischer Störungen besitzen müssen.

2. Psychotherapeuten müssen sich aber auch Wissen über die theoretischen und praktischen Grundlagen derjenigen diagnostischen Konzepte und Methoden aneignen, mit denen sie es in ihrer Praxis häufig zu tun haben, die sie aber selber nicht durchführen, z. B. psychiatrische Diagnostik, neurologische Diagnostik, psychologische Diagnostik, medizinische Diagnostik etc., um die Befunde und Gutachten dieser Professionisten verstehen und beurteilen zu können.

3. Für die Durchführung fachgerechter und methodisch adäquater klinisch-diagnostischer, in vielen Fällen auch orientierungsbezogener diagnostischer Untersuchungen bedarf es eines fundierten und systematischen Trainings (z. B. Training in SKID; DIPS; DIA-X; AMDP; Verhaltens- und Plananalyse, systemische Diagnostik etc.).

4. Bei der Anwendung psychologischer Methoden sind die testtheoretischen Kriterien der verwendeten Verfahren und der psychologischen Diagnostik im Allgemeinen (Testtheorie, Reliabilität, Validität) zu berücksichtigen. Dies gilt insbesondere für Verlaufs- und Erfolgsmessungen (Wiederholungsmessungen, klinische Signifikanz; kritische Differenzwerte etc.).

5. Wie für andere Bereiche der Psychotherapie gilt natürlich auch für die Diagnostik, dass die relevanten rechtlichen Rahmenbedingungen und Bestimmungen, wie z. B. Dokumentationspflicht, Datenschutz, Einsichtsrecht, Aufbewahrungspflicht und Verschwiegenheitsverpflichtung etc., zu berücksichtigen sind.

Inhalte und Gestaltung der Diagnostik im Therapieverlauf

Wie soll nun die Diagnostik im Verlauf einer Psychotherapie, d. h. in den verschiedenen Phasen und Abschnitten einer solchen, konkret gestaltet werden? Diese Frage dürfte vermutlich jene sein, die Praktiker am meisten interessiert. Da die Aufgabe einer Psychotherapie nicht die Erhebung und Gewinnung von Daten, sondern die fachgerechte Behandlung von Patienten und deren Leidenszuständen ist, ist klar, dass die Diagnostik in der Praxis nicht an überzogenen Forderungen orientiert sein darf und den Kriterien der Ökonomie, Praktikabilität und Fallangemessenheit entsprechen muss. Diese Kriterien beziehen sich in erster Linie natürlich auf die Methodik der Datenerhebung, aber natürlich auch auf den zu erfassenden Umfang. So ist in diesem Zusammenhang unter »Fallangemessenheit« z. B. zu verstehen, dass für eine zweistündige psychotherapeutische Beratung oder Klärungsarbeit nicht eine dreistündige Diagnostik zu veranschlagen ist. In diesem Sinn beziehen sich die folgenden Ausführungen auf Fälle einer mittleren Therapiedauer von etwa 40 Stunden, d. h. ca. einem Jahr Dauer. Das sind in der Re-

Anton-Rupert Laireiter

geb. 1955;
1990 Dr. phil.,
2000 Ass. Prof.;
1992 Akkreditierung zum Klinischen Psychologen und Gesundheitspsychologen sowie zum Psychotherapeuten (Verhaltenstherapie).
Ass. Prof. am Institut für Psychologie, Universität Salzburg;
Leitung klinisch-psychologische/psychotherapeutische Ambulanz am Institut;
Leiter der Ausbildung in Klinischer Psychologie und Verhaltenstherapie der »Arbeitsgemeinschaft für Verhaltenstherapie« (AVM) in Österreich.

Anschrift

Institut für Psychologie,
Universität Salzburg,
Hellbrunnerstraße 34;
A – 5020 Salzburg

gel solche, die bei den KV'en zur Beantragung um Finanzierung kommen.

Diagnostische Operationen am Beginn einer Therapie

Nicht nur aufgrund eigener Überlegungen, sondern auch aufbauend auf Vorschlägen und Anregungen anderer Autoren (z. B. Fydrich, Laireiter, Engberding & Saile, 1996; Schulte, 1993), sollte die Diagnostik zu Therapiebeginn im Kern die in Tabelle 1 dargestellten vier Bereiche umfassen: Klinische Diagnostik, orientierungsspezifische Analysen, Anamnesen und zielanalytisch-indikatorische Abklärungen incl. der Entwicklung eines fachgerechten Störungs- und Behandlungsmodells. Darüber hinaus sind natürlich, falls notwendig, im Einzelfall auch noch zusätzliche und weiterführende diagnostische Abklärungen durchzuführen.

Im Bereich der klinischen Diagnostik sind neben einer

breiten Abklärung möglicher psychischer Probleme und Auffälligkeiten im Sinne eines Screenings vor allem der psychopathologische Status, das personale und soziale Funktionsniveau und das Vorliegen psychischer Störungen und deren Schwere zu bestimmen. Hier wie in allen anderen Bereichen der Diagnostik sollten sowohl klinische Explorationsgespräche wie auch systematische Selbst- und Fremdbeurteilungen zum Einsatz kommen wie z. B. Diagnosechecklisten, strukturierte Interviews und Symptom- und Störungs-Selbstbeurteilungsskalen. Den Kern diagnostischer Analysen zu Therapiebeginn stellt sicherlich die orientierungsspezifische Diagnostik dar, in deren Rahmen auch die Anamnesen und Ziel- und Indikationsklärungen durchgeführt werden und die Fallkonstruktion zu erfolgen hat. Aus Gründen der Qualitätssicherung sollte man sich aber auch hier um ein systematisches und auf explizite diagnostische Mittel aufbauendes Vorgehen bemühen (s. o.).

Da die *Evaluation einer Psychotherapie* auch Daten beinhaltet, die zu Therapiebeginn zu erheben sind, ist es für diesen Zweck besonders wichtig, bestimmte Daten bereits hier systematisch zu erfassen. Aufbauend auf einem mittlerweile sehr breiten Konsens (z. B. Braun & Regli, 2000; Fydrich et al., 1996; Hahlweg, 2000) sollten folgende evaluationsrelevante diagnostische Operationen zu Beginn einer Therapie durchgeführt werden:

- Systematische und standardisierte Störungsdiagnostik in Form von ICD- oder DSM-Diagnosen,
- Erfassung des Ausmaßes an psychischer Auffälligkeit, erfasst in Form mehrdimensionaler Störungsskalen, z. B. SCL-90-R oder BSI,
- Erfassung der zu behandelnden Störung in Form spezifischer Störungsskalen (Depression, Angst, Beschwerden etc.),
- Schweregrad der psychischen Auffälligkeit, etwa in Form des BSS oder des GSI,
- das Niveau des psychosozialen Funktionierens in Form einer GAF-Skalierung,
- das Ausmaß an zwischenmenschlichen Problemen, z. B. mittels IIP,
- und die therapeutischen Ziele mittels Zielfragebögen oder einer individuellen Zielskalierung.

Diagnostische Operationen im Verlauf einer Therapie

Nach Erstellung der Fallkonzeption und des Behandlungsmodells beginnt die eigentliche Interventionsphase einer Therapie. In dieser hat der Psychotherapeut die Aufgabe der Prozess- und Verlaufsevaluation (s. o.). Diese kann auf sehr unterschiedliche Weise durchgeführt werden, auch mit einem sehr hohen methodischen Aufwand z. B. mittels kontinuierlicher Prozess- und Veränderungsmessungen (Grawe & Braun, 1994; Laireiter, 2000c; Palm, 1998). In der therapeutischen Alltagspraxis wird man diesen Aufwand aus ökonomischen Gründen nicht leisten können. Es kommt daher hier besonders

Anmerkung: Zu den in der Tabelle verwendeten Abkürzungen von Tests und klinischen Verfahren s. Testzentrale (2002); S/Th.: Selbstbeurteilung/Therapeut; S/Pat.: Selbstbeurteilung/Patient; F/Th.: Fremdbeurteilung durch Therapeut; Th./Pat.: Selbstbeurteilungen/Therapeut/Patient; Beob.: Beobachtungen/Beobachtungsmethoden

Tabelle 1

Diagnostische Operationen und Methoden zu Beginn einer Therapie (nach Laireiter, 2001)

Inhalte	Methoden	Datenquelle
I. Klinische Diagnostik:		
1. Störungs- und Problemscreening	Klinisches Interview/Screening Selbstbeurteilung: SCL-90-R	S/Pat.
2. Psychopathologischer Status	z. B. Kriterienlisten (AMDP)	F/Th.
3. Störungs- und Differentialdiagnostik	ICD-10/DSM-IV Diagnosechecklisten Strukturierte Interviews (SKID; DIPS) Störungsskalen (BDI; PAS etc.)	S/Pat. F/Th.
4. Schwere der Störung	Art der Störung; ICD/DSM Komorbidität Fremdbeurteilung (z. B. BSS) Selbstbeurteilung/Störungsskalen	F/Th. S/Pat.
5. Funktionsniveau	z. B. Global Assessment of Functioning Scale (GAF; DSM-IV)	F/Th.
II. Orientierungsspezifische Diagnostik:		
	z. B.: Verhaltensanalyse Psychoanalytische Diagnostik OPD	S/Pat.; Beob. Th./Pat. Th./Pat.
III. Anamnesen:		
1. Biographische Anamnese	Exploration	S/Pat.
2. Soziale Anamnese	Interview	
3. Störungs- und Krankheitsanamnese		
V. Zielanalysen und Indikation:		
1. Therapeutische Ziele	Interview	Th/Pat.
2. Indikation/Prognose	Individualisierte Zielerfassung (GAS) Zielfragebögen	Pat./Th. S/Pat.
VI. Zusätzliche Diagnostik: (Bei Bedarf) z. B.		
• Somatische Beschwerden und Störungen	Beschwerdenlisten/Screening	S/Pat.
• Befindlichkeit	Befindlichkeitsskalen	
• Lebensqualität	Lebensqualitätsskalen	
• Soziale Probleme	Inventar interpersonaler Probleme (IIP)	
VII. Weiterführende Diagnostik: (Bei Bedarf)		
• Somatische Beschwerden und Störungen	Spezifische Methoden	Pat. Experte
• Psychiatrische Abklärungen	Überweisung an Fachärzte	
• Somatisch-medizinische Untersuchungen		
• Klinisch-psychologische Diagnostik		

stark auf einfache und günstige Lösungen an. Es erscheint daher sinnvoll, Prozess- und Verlaufsdagnostik in der psychotherapeutischen Alltagspraxis primär auf qualitativer Ebene mittels systematischer Beobachtungen des Therapeuten zu betreiben, die in der verpflichtend zu führenden Verlaufsdocumentation der Therapie niederzulegen sind. Ergänzend dazu könnten zu bestimmten Zeitpunkten Verlaufs- und Prozessskalen eingesetzt werden, in denen die Sichtweise des Patienten dazu erhoben wird.

Systematische Verlaufsevaluationen könnten in der therapeutischen Alltagspraxis in Form von Zwischenevaluationen zu speziellen Zeitpunkten durchgeführt werden, an denen diese aufgrund struktureller Rahmenbedingungen der Therapie ohnedies notwendig sind, z. B. im Rahmen von Ergänzungs- oder Nachfolgeanträgen an die Krankenkasse. Zu diesen Zeitpunkten wären systematische Zwischenevaluationen etwa in der Art, wie in Tabelle 2 dargestellt, möglich (s. dazu auch ausführlicher Laitreiter, 2001). Derartige umfassendere Verlaufsevaluationen kämen nach den versicherungsrechtlichen Bedingungen etwa alle 35 bis 40 Stunden, also einmal im Jahr zur Anwendung.

Tabelle 2
Diagnostische Operationen und Methoden im Verlauf einer Therapie

Inhalte	Methoden	Datenquelle
Prozessdiagnostik	Beobachtungen des Therapeuten Dokumentationsbögen Prozessskalen	S/Th. S/Th. S/Pat.
Verlaufsdagnostik	Beobachtungen des Therapeuten Dokumentationsbögen Berichte des Klienten/Patienten Verlaufsskalen	S/Th. S/Th. S/Pat. S/Pat.
Verlaufsevaluation	Screening (Interview, Skalen) Störungserfassung (DSM/ICD) Störungsskalen Schwere der Störung Soziales Funktionsniveau Zielerreichungsbeurteilung (GAS) Direkte Veränderungsmessung Subjektive Bewertungen: Zufriedenheit mit Prozess und Verlauf der Therapie	S/Pat. S/Pat. S/Pat. F/Th. F/Th. Pat./Th. S/Pat. Th./Pat.

Anmerkung: Zu den in der Tabelle verwendeten Abkürzungen von Tests und klinischen Verfahren s. Testzentrale (2002); S/Th.: Selbstbeurteilung/Therapeut; S/Pat.: Selbstbeurteilung/Patient; F/Th.: Fremdbeurteilung durch Therapeut; Th./Pat.: Selbstbeurteilungen/Therapeut/Patient

Diagnostische Operationen am Ende einer Therapie

Diagnostik zum Therapieende dient vor allem der Evaluation der Therapie und einem formalen Resümee. Allerdings geht es dabei aber auch um eine Planung möglicher weiterer Schritte und Interventionen. Für die Veränderungsmessung und Effektbestimmung stehen der Psychotherapie verschiedene Strategien und Methoden zur Verfügung. Die in Tabelle 3 dargestellten sind die wichtigsten.

Um diese Schritte realisieren zu können, ist es notwendig, zum Therapieende eine Reihe von Daten erneut systematisch zu erheben (s. Tabelle 4), ebenso wie einige zusätzliche Erfassungen zu tätigen sind, insbesondere die indi-

Tabelle 3
Strategien der Veränderungsmessung

Direkte Veränderungsmessung:	Veränderungsskalen → Veränderungsnormen
Indirekte Veränderungsmessung:	Vergleich von Prä- und Postwerten → Kritische Differenz; Reliable Veränderung; Klinische Signifikanz; Effektstärken
Kriteriumsorientierte Evaluation:	Klinische Kriterien; Cut-off-Werte
Individualisierte Evaluation:	Zielerreichungsbeurteilung → Zielerreichungsnormen
Direkte Therapiebeurteilungen:	Zufriedenheit; kriteriumsbezogene (Qualitäts-)Beurteilungen

vidualisierte Zielerreichungsbeurteilung, die direkte Veränderungsmessung und die subjektive Beurteilung der Therapie, ihres Verlaufes und ihrer Ergebnisse sowie die Zufriedenheit damit. Zu beidem (Zufriedenheits- und Therapiebeurteilung) gibt es mittlerweile eine Reihe systematischer Verfahren. In der therapeutischen Alltagspraxis wird man sich häufig mit unsystematischen Evaluationen in Form abschließender Evaluationsgespräche zufrieden geben müssen.

Tabelle 4
Diagnostische Operationen und Methoden am Ende einer Therapie

Inhalte	Methoden	Datenquelle
I. Klinische Diagnostik:		
1. Störungs- und Problemscreening	Klinisches Interview/Screening Selbstbeurteilung: SCL-90-R/BSI	S/Pat.
2. Psychopathologischer Status	z. B. Kriterienlisten (AMDP)	F/Th.
3. Störungs- und Differentialdiagnostik	ICD-10/DSM-IV Diagnosechecklisten Strukturierte Interviews (SKID, DIPS) Störungsskalen (BDI; PAS etc.)	S/Pat. F/Th. S/Pat.
4. Schwere der Störung	Art der Störung; ICD/DSM Komorbidität Fremdbeurteilung (z.B. BSS) Selbstbeurteilung/Störungsskalen	F/Th. S/Pat.
II. Soziale Probleme:		
1. Soziales Funktionieren	z. B. GAF	F/Th.
2. Interpersonale Probleme	z. B. IIP-D	S/Pat.
III. Zielevaluation:		
1. Zielerreichungsbeurteilung	z. B. GAS (Goal-Attainment-Scaling) Zielfragebögen	Th/Pat. S/Pat.
IV. Direkte Veränderungsmessung:		
	z. B.: VEV VLB	S/Pat.
V. Therapiebeurteilung:		
	Zufriedenheitsbeurteilung Direkte Qualitätsevaluation	S/Pat.; S/Th.

Anmerkung: Zu den in der Tabelle verwendeten Abkürzungen von Tests und klinischen Verfahren s. Testzentrale (2002); S/Th.: Selbstbeurteilung/Therapeut; S/Pat.: Selbstbeurteilung/Patient; F/Th.: Fremdbeurteilung durch Therapeut; Th./Pat.: Selbstbeurteilungen/Therapeut/Patient

Diagnostik und Qualitätssicherung

Diagnostik und Qualitätssicherung sind aus verschiedenen Gründen eng miteinander verknüpft, insofern eine fachgerechte Diagnostik einen Qualitätsstandard moderner Psychotherapie darstellt, ebenso wie diagnostische Operationen gleichzeitig aber auch zentrale Bestandteile der Qualitätserfassung von Psychotherapie sowohl im Bereich der Prozess- wie auch der Ergebnisqualität darstellen. Aus diesem Grund eignet sich der oben gemachte Vorschlag prinzipiell auch zur Sicherung und Verbesserung der Prozess- und Ergebnisqualität (s. dazu z. B. auch Hahlweg, 2000). Qualitätssicherung geht jedoch über die reine Datenerhebung weit hinaus und bedarf der Analyse

und Bewertung der Ergebnisse und der Einführung von verbessernden Maßnahmen bei identifizierten Qualitätsmängeln (Nübling & Schmidt, 1998; Palm, 1998).

Als Datenbasis für die Qualitätssicherung können dabei sowohl die laufenden Prozess- und Verlaufserhebungen (Palm, 1998) wie auch die Therapieergebnisse eines Therapeuten bei möglichst vielen Patienten über einen längeren Zeitraum hinweg herangezogen werden. Letztere sollten aber aus Gründen der Fairness von einem unabhängigen Institut erfasst und ausgewertet werden. Qualitätssicherung im Sinne der Analyse und Bewertung der individuellen Qualität eines Therapeuten und der Erarbeitung, Durchführung und Evaluation von Qualitätsverbesserungen sollte in qualitätsbezogenen Arbeitsgruppen niedergelassener Psychotherapeuten erfolgen. Als solche kommen auf der Ebene individueller Fälle vor allem Fall-supervisionsgruppen in Frage; für fallübergreifende Qualitätsverbesserungen erscheinen Qualitätszirkel besonders tauglich (Richter, 1996; Vauth & Stieglitz, 2000; Vogel & Laireiter, 1998).

Schlusswort

Diagnostik repräsentiert einen elementaren Bestandteil der Psychotherapie. Um die Aufgaben, die Diagnostik in der Psychotherapie besitzt, optimal erfüllen zu können, muss sie sowohl »theorienspezifisch« wie auch klinisch orientiert sein und darf nicht nur zu Therapiebeginn, sondern muss auch im Verlauf und am Ende einer Therapie betrieben werden. Der Bedeutung, die die Diagnostik in der Psychotherapie besitzt, entsprechend erscheint es nötig, dass sich Psychotherapeuten umfassende diagnostische Kompetenzen aneignen und diese auch in ihrer Praxis einsetzen, nicht nur zur Problemanalyse und Indi-

kation, sondern auch zur Verlaufs- und Prozesskontrolle und zur Therapieevaluation. Weiter erscheint es notwendig, dass Psychotherapeuten in ihrer Ausbildung in einem weitaus höheren Maß als bisher in diagnostischen Konzepten und Methoden geschult und trainiert werden, und dass die Entwicklung diagnostischer Kompetenz zu einem expliziten Bestandteil psychotherapeutischer Ausbildung wird.

Darüber hinaus bedarf es jedoch auch der intensiven Weiterentwicklung diagnostischer Konzepte in vielen Orientierungen der Psychotherapie. Ausgehend von einer umfangreichen Beschäftigung mit orientierungs- oder schulenbezogenen Konzepten und Methoden der Diagnostik in der Psychotherapie (Laireiter, 2000a) muss der etwas ernüchternde Schluss gezogen werden, dass viele therapeutische Orientierungen einen ausgesprochenen Mangel an systematischen diagnostischen Konzepten und Methoden, insbesondere für die Verlaufs- und Prozessdiagnostik, in vielen Fällen aber auch für die problemanalytische und indikatorische Diagnostik, ganz zu schweigen von der Evaluation ihrer therapeutischen Arbeit, besitzen. Letztlich gibt es nur drei bis vier Richtungen, die diagnostische Konzepte und Methoden in einem höheren Elaborationsgrad aufweisen. Es sind dies die kognitiv-behaviorale Psychotherapie, die Psychoanalyse, die Klientenzentrierte/ personorientierte Psychotherapie nach Rogers und die Familientherapie. Für alle anderen gilt deutlicher Nachholbedarf. Für den Mangel an Interesse an Diagnostik in der Psychotherapie sind also nicht nur die Psychotherapeuten selbst verantwortlich, es liegt auch an den Orientierungen der Psychotherapie, die dieser Aufgabe bislang zu wenig Aufmerksamkeit geschenkt haben.

ZUSAMMENFASSUNG

Diagnostik ist ein elementarer Bestandteil jeder psychotherapeutischen Intervention. Ausgehend von dieser funktionalistischen Position wird herausgearbeitet und begründet, dass Diagnostik sowohl zu Therapiebeginn wie auch im Verlauf und am Ende einer Therapie relevant und wichtig und daher vom Psychotherapeuten zu betreiben ist. Therapiebezogene Diagnostik darf dabei nicht nur theorien- oder orientierungsbezogen sein, sie muss vor allem auch klinisch relevante Inhalte unter kategorialer, phänomenologischer und dimensionaler Perspektive erfassen, weshalb die Diagnostik in der Psychotherapie sowohl der klinisch-psychiatrischen wie auch der klinisch-psychologischen Diagnostik bedarf.

Zur Durchführung der Diagnostik im Rahmen konkreter Therapien werden in dem Beitrag sowohl allgemeine wie auch die verschiedenen Phasen einer solchen betreffende Qualitätsstandards herausgearbeitet. Abschließend wird herausgearbeitet, welche Bedeutung die Diagnostik für die Qualitätssicherung von Psychotherapie besitzt. Für eine fachgerechte Realisierung der Diagnostik in der Psychotherapie bedarf es nicht nur einer fundierten Ausbildung der Psychotherapeuten in orientierungsbezogener und klinischer Diagnostik, auch die psychotherapeutischen Orientierungen ihrerseits haben ihre diagnostischen Konzepte und Methoden weiterzuentwickeln.

NEUERSCHEINUNG – AKTUELLES THEMA

MATTHIAS BRÜSTLE (HRSG.)

Kommunikation der Zukunft – Zukunft der Kommunikation

10. Brixener Tage für Psychologen

ca. 155 Seiten, ISBN 3-931589-54-4, Euro 9,50

Die Tagung, auf der das Buch basiert, versuchte einen Abriss zu - vor allem neuen - Arbeitsfeldern von Psychologen/innen zu geben.

Fragestellungen und Aufgaben, die u.a. behandelt wurden, waren:

- Wieviel Kommunikation ist notwendig, wieviel ist menschenverträglich?
- Was haben Psychologen/innen zu Veränderungen in der Kommunikation und zu deren Auswirkungen zu sagen?
- Wie wirken sich neue Medien und Kommunikation (Internet, Handy etc.) auf die Informationsverarbeitung und auf den Umgang mit der Realität aus?
- Wie nutzt die Psychologie die neuen Medien?
- Bleibt die Face to Face Kommunikation auf der Strecke?

Bestellungen bitte an: **Deutscher Psychologen Verlag GmbH**

Oberer Lindweg 2, 53123 Bonn

Tel. 0228/98731-18, Fax 0228/641023

E-Mail: dvp@bdp-verband.org



L I T E R A T U R

- AMELANG, M. & ZIELINSKI, W. (2002). *Psychologische Diagnostik und Intervention* (3., korrig., aktualisierte und überarb. Aufl., unter Mitarbeit von Thomas Fydrich & Helfried Moosbrugger). Berlin: Springer.
- BAUMANN, U., HECHT, CH. & MACKINGER, H. (1984). Psychotherapieforschung: Unterschiedliche Perspektiven. In U. Baumann (Hrsg.), *Psychotherapie – Makro-, Mikroperspektive* (S. 3-28). Göttingen: Hogrefe.
- BRAUN, U. (1998). Qualitätsmonitoring: Ein praktikables Ergebnis-Feedback-System für die Psychotherapie. In A.-R. Laireiter & H. Vogel (Hrsg.), *Qualitätssicherung in der Psychotherapie und psychosozialen Versorgung* (S. 225-251). Tübingen: dgvt-Verlag.
- BRAUN, U. & REGLI, D. (2000). Psychotherapie-Evaluation in der Praxis. In A.-R. Laireiter (Hrsg.), *Diagnostik in der Psychotherapie* (S. 459-475). Wien: Springer.
- CASPAR, F. (in Druck). Die Entwicklung klinischer Informationsverarbeitung. In A.-R. Laireiter & U. Willutzki (Hrsg.), *Ausbildung in Verhaltenstherapie*. Göttingen: Hogrefe.
- FIEDLER, P. (2000). Phänomen- und störungsspezifische Diagnostik in der Verhaltenstherapie: Differentielle Indikation und Therapieplanung. In A.-R. Laireiter (Hrsg.), *Diagnostik in der Psychotherapie* (S. 129-142). Wien: Springer.
- FYDRICH, T., LAIREITER, A.-R., ENGBERDING, M. & SAILE, H. (1996). Diagnostik und Evaluation in der Psychotherapie: Empfehlungen zur Standardisierung. *Zeitschrift für Klinische Psychologie*, 25, 161-168.
- GRAWE, K. (1999). *Psychologische Therapie*. Göttingen: Hogrefe.
- GRAWE, K. & BRAUN, U. (1994). Qualitätskontrolle in der Psychotherapiepraxis. *Zeitschrift für Klinische Psychologie*, 23, 242-267.
- GRAWE, K. & BALTENSBERGER, C. (1998). Figurationsanalyse – Ein Konzept und Computerprogramm für die Prozess- und Ergebnisevaluation in der Therapiepraxis. In A.-R. Laireiter & H. Vogel (Hrsg.), *Qualitätssicherung in der Psychotherapie und psychosozialen Versorgung* (S. 179-207). Tübingen: dgvt-Verlag.
- HAHLWEG, K. (2000). Qualitätsmanagement in der ambulanten Psychotherapie. In H.J. Freyberger, G. Heuft & D.J. Ziegenhagen (Hrsg.), *Ambulante Psychotherapie. Transparenz, Effizienz, Qualitätssicherung* (S. 43-71). Stuttgart: Schattauer.
- HAUTZINGER, M. (2001). Diagnostik in der Psychotherapie. In R.D. Stieglitz, U. Baumann & H.J. Freyberger (Hrsg.), *Psychodiagnostik in Klinischer Psychologie, Psychotherapie und Psychiatrie* (S. 351-364). Stuttgart: Thieme.
- KICI, G. & WESTHOFF, K. (2000). Anforderungen an psychologisch-diagnostische Interviews in der Praxis. *Report Psychologie*, 25, 428-436.
- LAIREITER, A.-R. (2000a). (Hrsg.). *Diagnostik in der Psychotherapie*. Wien: Springer.
- LAIREITER, A.-R. (2000b). Diagnostik in der Psychotherapie: Perspektiven, Aufgaben und Qualitätskriterien. In A.-R. Laireiter (Hrsg.), *Diagnostik in der Psychotherapie* (S. 3-23). Wien: Springer.
- LAIREITER, A.-R. (2000c). Therapiebegleitende Diagnostik: Verlaufs- und Prozessdiagnostik. In A.-R. Laireiter (Hrsg.), *Diagnostik in der Psychotherapie* (S. 321-339). Wien: Springer.
- LAIREITER, A.-R. (2001). Diagnostik in der Psychotherapie. *Psychotherapeut*, 46, 90-101.
- NÜBLING, R. & SCHMIDT, J. (1998). Qualitätssicherung in der Psychotherapie: Grundlagen, Realisierungsansätze, künftige Aufgaben. In A.-R. Laireiter & H. Vogel (Hrsg.), *Qualitätssicherung in der Psychotherapie und psychosozialen Versorgung* (S. 49-74). Tübingen: dgvt-Verlag.
- PALM, W. (1998). Prozesskontrolle für die ambulante Psychotherapie: Ein Beitrag für die Qualitätssicherung aus der Perspektive psychotherapeutischer Praxistätigkeit. In A.-R. Laireiter & H. Vogel (Hrsg.), *Qualitätssicherung in der Psychotherapie und psychosozialen Versorgung* (S. 253-273). Tübingen: dgvt-Verlag.
- RICHTER, R. (1996). Die qualitätsgesicherte Psychotherapiepraxis: Entwurf einer Leitlinie. Konzept für Qualitätssicherungsmaßnahmen in der ambulanten psychotherapeutischen Versorgung. *Psychotherapeuten Forum* 3/96, 6-9.
- SCHULTE, D. (1993). Wie soll Therapieerfolg gemessen werden? *Zeitschrift für Klinische Psychologie*, 22, 374-393.
- SCHULTE, D. (1996). *Therapieplanung*. Göttingen: Hogrefe.
- STIEGLITZ, R.-D. & BAUMANN, U. (2001). Veränderungsdiagnostik. In R.D. Stieglitz, U. Baumann & H.J. Freyberger (Hrsg.), *Psychodiagnostik in Klinischer Psychologie, Psychotherapie und Psychiatrie* (S. 21-38). Stuttgart: Thieme.
- TESTZENTRALE (2002). *Testkatalog 2002/03*. Göttingen: Testzentrale.
- VAUTH, R. & STIEGLITZ, R.-D. (2000). Monitoring-Systeme und Qualitätszirkel in der ambulanten psychotherapeutischen Versorgung. In H.J. Freyberger, G. Heuft & D.J. Ziegenhagen (Hrsg.), *Ambulante Psychotherapie. Transparenz, Effizienz, Qualitätssicherung* (S. 119-143). Stuttgart: Schattauer.
- VOGEL, G. (1994). *Planung und Improvisation im therapeutischen Prozess*. Münster: Waxmann.
- VOGEL, G. & LAIREITER, A.-R. (1998). Qualitätssicherung in Psychotherapie und psychosozialer Versorgung – Auf der Suche nach geeigneten Werkzeugen für ein zerbrechliches Material. In A.-R. Laireiter & H. Vogel (Hrsg.), *Qualitätssicherung in der Psychotherapie und psychosozialen Versorgung* (S. 835-859). Tübingen: dgvt-Verlag.
- WESIAK, W. (1980). *Psychoanalyse und praktische Medizin*. Stuttgart: Klett-Cotta.
- WESTHOFF, K. (2000). Das psychologisch-diagnostische Interview – Ein Überblick über die Forschung für die Praxis. *Report Psychologie*, 25, 18-24.
- WESTHOFF, K. (2002). Bedeutende Fortschritte im diagnostischen Entscheidungsprozess. *Psychologie in Österreich*, 22 (2-3), 9-10.
- WOTTAWA, H. & THIÉRAU, E. (1998). *Lehrbuch Evaluation*. Bern: Huber.

ANZEIGE

Swets/1 SeV