

I **Allgemeine Grundlagen**

1 Allgemeine Grundlagen der Diagnostik in der Psychotherapie

Anton-Rupert Laireiter und Karin Kalteis

1.1 Einleitung

Von den vielen Aufgaben, die Diagnostik in der Klinischen Psychologie hat (Befundung, Begutachtung, Erklärung, Indikation etc.; Röhrle et al. 2007), sind diejenigen im Rahmen der Psychotherapie von besonderer Bedeutung: Diagnostik übernimmt hier im Vergleich zu anderen Anwendungsbereichen eigene Aufgaben und ist zentraler Bestandteil derselben und Voraussetzung für diese. Die Bedeutung der Diagnostik für die Psychotherapie wird daher heute kaum mehr in Frage gestellt (Laireiter 2011a) und die Anzahl entsprechender Publikationen hat in den letzten Jahren zugenommen (z.B. grosse Holtforth et al. 2009; Röhrle et al. 2007). Auch sehen verschiedene Richtlinien, z.B. zur Dokumentation oder Qualitätssicherung (grosse Holtforth et al. 2009; Laireiter 2011c), Diagnostik als einen verpflichtenden Bestandteil der Psychotherapie.

Die Diagnostik selbst und das Verhältnis von Diagnostik und Therapie zueinander haben sich stark verändert: Vermehrt werden therapierelevante Methoden entwickelt (z.B. OPD, klinische Verhaltensanalyse, Therapietracking), ebenso wird anerkannt, dass der Wert der Diagnostik nicht nur zu Beginn einer Therapie gegeben ist, sondern auch in der Verlaufs- und Prozesssteuerung (Boswell et al. 2015) und für die Evaluation (► Kap. 3). Störungsbezogene Therapieprogramme haben vermehrt an Bedeutung gewonnen, exakte Diagnostik ist hier integraler Bestandteil einer qualitätsgerechten Durchführung (Röhrle et al. 2007).

Im vorliegenden Kapitel wird die Bedeutung, die die Diagnostik für die Psychotherapie besitzt, anhand ihrer spezifischen Funktionen in den

verschiedenen Therapiephasen aufgezeigt. Abschließend werden Qualitätskriterien erörtert, die für deren Durchführung relevant sind.

1.2 Diagnostik im Prozess der Psychotherapie

Allgemein kann man drei große diagnostische Fragestellungen unterscheiden (Laireiter 2011a): Statuserfassung, Prozess- und Veränderungsdiagnostik sowie Evaluation. Diese entsprechen gleichzeitig den zentralen Aufgaben der Diagnostik im Verlauf der Psychotherapie (grosse Holtforth et al. 2009).

1.2.1 Diagnostik zu Therapiebeginn

Zu Therapiebeginn hat Diagnostik vor allem statusdiagnostische und indikatorische Aufgaben. Entsprechend wird diese häufig auch als *indikative* oder *indikationsorientierte Diagnostik* bezeichnet (grosse Holtforth et al. 2009).

Funktionen und Aufgabenbereiche von Diagnostik zu Therapiebeginn – indikationsorientierte Diagnostik (erweitert nach Laireiter 2011, S. 16 f.)

- Beschreibung/Identifikation und Erfassung psychischer Auffälligkeiten und Probleme
- Erfassung psychopathologischer Status (status psychicus) und Diagnostik der Suizidalität
- Klassifikation und Diagnostik psychischer Störungen
- Differenzialdiagnostik
- orientierungsspezifische Beschreibung, Erfassung und Analyse von Therapieproblemen (»Theorienbezogene Diagnostik«, z. B. Problem-/Verhaltensanalyse, psychodynamische Diagnostik, systemische Diagnostik)

- biografische Analyse und Anamnese; Klärung ätiologischer Fragestellungen
- Klärung prognostischer Fragestellungen: möglicher Therapieverlauf, Störungsverlauf etc.
- Ressourcendiagnostik: Erfassung psychologischer und sozialer Ressourcen, Resilienz
- Analyse möglicher therapeutischer Zielvariablen und Zielbereiche (Goal Attainment Scaling, GAS)
- Unterstützung von Indikation, Fallkonzeption und Therapieplanung
- Dokumentation
- therapeutische Aufgaben: Rückmeldung, Psychoedukation etc.
- berufsrechtliche Aufgaben: Aufklärung, Informed Consent, Therapievereinbarung etc.
- Beginn evaluativer Diagnostik: Statuserhebung psychischer Auffälligkeiten, therapeutischer Zielvariablen, sonstiger evaluativer Parameter, Zielvereinbarungen und -festlegungen, Kernsymptomatik etc.

Neben der Einschätzung des psychopathologischen Status und der Vergabe von Diagnosen sind die Therapieprobleme im Sinne der jeweiligen Therapieorientierung zu erfassen und zu analysieren, um darauf aufbauend eine Fallkonzeption und eine therapeutische Strategie mit entsprechendem Vorgehen zu entwickeln.

Ein zentrales weiteres Element zu Therapiebeginn ist im Sinne der Sicherung der Prozess- und Ergebnisqualität die Durchführung quantifizierender Erhebungen, vor allem in den zentralen Behandlungsbereichen, den vereinbarten Therapiezielen (grosse Holtforth et al. 2009) und wichtigen Prozessvariablen, um nach späteren Erhebungen Veränderungsbeurteilungen vornehmen zu können (► Kap. 3). Welche Bereiche dabei erfasst und welche Verfahren eingesetzt werden sollen, wird kontrovers diskutiert (z. B. grosse Holtforth et al. 2009; Röhrle et al. 2007). Einigkeit besteht hingegen darin, dass qualitätssichernde Evaluation in der Praxis ökonomisch sein muss und sowohl die Kernsymptomatik wie auch darüber hinausgehende Bereiche, z. B. Befindlichkeit, zwischenmenschliche Probleme, Therapieziele und relevante Prozessvariablen, abdecken soll.

1.2.2 Diagnostik im Therapieverlauf

Nach Abschluss der diagnostischen und indikatorischen Phase (Probatorik) und der Genehmigung der Therapie durch den Kostenträger beginnt die eigentliche Behandlung, in deren Verlauf die Diagnostik neue Funktionen annimmt.

Funktionen und Aufgabenbereiche von Diagnostik im Therapieverlauf – therapiebegleitende Diagnostik
(erweitert nach Laireiter 2011, S. 17 f.)

- Verlaufs- und Prozessmonitoring/Therapietracking: kontinuierliche Erfassung von
 - psychischen Symptomen und therapeutischen Zielvariablen (Verlaufsdiagnostik)
 - therapeutischen Prozessvariablen (Prozessdiagnostik)
- evaluative Diagnostik/Zwischenevaluation(en):
 - Status- und Veränderungsdiagnostik (► Kap. 3)
 - Zielerreichungsbeurteilung (GAS)
- Unterstützung adaptiver Indikation
- Unterstützung weiterer Prognose
- Dokumentation
- therapeutische Aufgaben: Information, Psychoedukation, Einsicht etc.
- berufsrechtliche Aufgaben: Aufklärung, Informed Consent etc.

Die zentralste Funktion ist das Monitoring des Behandlungsverlaufs (*therapiebegleitende Diagnostik*, vgl. Schulte 1996) auf zwei Ebenen. Auf der ersten Ebene erbringt das *Ergebnis- oder Verlaufsmonitoring* die Grundlage für die Einschätzung, ob sich eine Therapie in die richtige Richtung hin entwickelt (positive Veränderungen der Therapieprobleme, Erreichung der avisierten Therapieziele). Auf der zweiten Ebene erlaubt die Erfassung zentraler Prozessvariablen (*Prozessmonitoring*) im Sinne Schultes (1996) zweigleisigem Therapiemodell eine Beurteilung, ob sich diese Variablen (Therapiemotivation, Beziehungsqualität etc.) im funktionalen Bereich bewegen, sodass ein entsprechender Therapieerfolg

erwartet werden kann (grosse Holtforth et al. 2009; Laireiter 2011b). Im Falle nicht positiver Ergebnisse wären in beiden Fällen unterschiedliche Maßnahmen der *adaptiven Indikation* zu setzen (Laireiter 2011b): Abänderung der Therapieziele, Bearbeitung der Therapiemotivation, neue Indikationsentscheidungen, Überweisung in stationäre Therapie etc. (vgl. Lambert und Vermeersch 2008).

Hinsichtlich des *Designs* kann therapiebegleitende Diagnostik unterschiedlich betrieben werden (Laireiter 2011b): Im Rahmen prospektiver Erfassungen finden sich längere und kürzere Erhebungsintervalle. Längere Erfassungen werden im Rahmen von Zwischenevaluationen durchgeführt und entsprechen herkömmlicher Veränderungsmessung (► Kap. 3). Kurzfristige Erfassungen variieren zwischen hoch- (z. B. täglich bis mehrmals täglich) und niederfrequenten Aufzeichnungen (einmal wöchentlich bis seltener). Hochfrequente Aufzeichnungen werden meist im wissenschaftlichen Kontext appliziert (grosse Holtforth et al. 2009), in der Praxis findet man meist tägliche (Tagebücher) bis wöchentliche Aufzeichnungen (Sitzungs-, Postsession-, Intersession-Aufzeichnungen) (Hoyer et al. 2009).

Unter *methodischer Perspektive* erfüllen in der Praxis in erster Linie (unsystematische) Befragungen und Beobachtungen des Therapeuten diese Aufgaben, aus Qualitätsüberlegungen heraus sind jedoch auch systematische Verfahren zu fordern, sowohl auf Problem-/Symptom- wie auch Prozessebene. Bezogen auf die *Symptomebene* kommen primär (klinische Kurz-)Skalen und Tagebuchverfahren zum Einsatz (Hoyer et al. 2009; Thiele et al. 2002), die den Verlauf der relevanten therapeutischen Zielvariablen (z. B. Symptome) erfassen. In diesem Zusammenhang kann auch der sogenannte *Intersession-Prozess* – die individuelle Auseinandersetzung mit der Therapie zwischen den Sitzungen – erfasst werden (Hartmann 1997). *Prozessbezogene Variablen* werden in der Regel über Stunden- und Prozessbögen erfasst, z. B. dem Berner Stundenbogen (grosse Holtforth et al. 2009).

Moderne Ansätze applizieren Prozess-, Intersession- und Verlaufsvariablen in Form integrierter computerisierter Monitoring- und Navigationssysteme. Diese als *Prozess- und Outcome-Monitoring* (oft auch als »therapy-tracking« oder »progress-monitoring«, Overington und Lonita 2012) bezeichnete Strategie geht von der empirisch gestützten Tatsache

aus, dass die kontinuierliche Erfassung relevanter Therapievariablen und deren Feedback an den Therapeuten Effektivität und Dauer von Therapien nachhaltig verbessern und negative Therapieentwicklungen verhindern können (Boswell et al. 2015; Shimokawa et al. 2010). Die entsprechenden Variablen werden dazu regelmäßig (meist im Sitzungstakt oder täglich, z. B. Schiepek und Aichhorn 2013) über spezifische Outcome- und Prozess-Maße (Overington und Lonita 2012) »abgetastet«, über spezielle Algorithmen elektronisch verarbeitet, mit einem individuell steuerbaren Benchmarking-System mit »Ampelfunktion« (z. B. »orange« und »rot« für problematische und negative Entwicklung; »weiß« und »grün« für erwartete und positive Entwicklungen) versehen und rückgemeldet (Lambert und Vermeersch 2008). Therapietracking beginnt sich mittlerweile auch in der Praxis zu etablieren (auch im deutschsprachigen Raum, s. Dold et al. 2010; Schiepek und Aichhorn 2013) und kann so zu effektivem Outcome-Qualitätsmanagement beitragen (Boswell et al. 2015; Shimokawa et al. 2010).

1.2.3 Diagnostik zum Therapieende

Die zentrale Aufgabe der Diagnostik zum Therapieende ist die Ergebnis- oder Erfolgsmessung (in Begriffen der Evaluationsforschung als *summative Evaluation* bezeichnet). Entsprechend wird diese häufig auch als *evaluative Diagnostik* bezeichnet (grosse Holtforth et al. 2009; Laireiter 2011a).

Funktionen und Aufgabenbereiche von Diagnostik zum Therapieende – Veränderungs-/evaluative Diagnostik (erweitert nach Laireiter 2011, S. 17 f.)

- mehrdimensionale Therapieevaluation, z. B.:
 - indirekte Veränderungsmessung (Prä-Post-Vergleiche)
 - direkte Veränderungsmessung (subjektiv wahrgenommene Veränderung seit Therapiebeginn mittels Veränderungsskalen; ► Kap. 3)
 - Zielerreichungsbeurteilung (GAS)
 - Zufriedenheitsbeurteilungen, Qualitätsrückmeldungen

- Kriteriumsbezogene Evaluation (Vergleich mit Normen, klinischen Cut-offs, Diagnosekriterien etc.)
- negative Effekte
- Statuserhebungen zu evtl. notwendigen Beurteilungen, z. B.:
 - vorhandene psychische Auffälligkeiten und Störungen (klinische Skalen, Diagnosen)
 - Arbeitsfähigkeit
 - Notwendigkeit weiterführender Betreuung
 - Verlaufs- und Stabilitätsprognose
- Prüfung der Stabilität der Therapieeffekte
 - Follow up/Katamnese
- Dokumentation
- therapeutische Aufgaben: Information, Rückmeldung etc.
- berufsrechtliche Aufgaben: Aufklärung, Informed Consent etc.

Dafür wurde eine Reihe von Strategien entwickelt, wovon die indirekte und die direkte Veränderungsmessung sowie die Zielerreichungsbeurteilung die wichtigsten sind. Zusätzlich sind die »kriterienbezogene Veränderungsmessung« und Zufriedenheitsbeurteilungen von Bedeutung. Diese und die entsprechenden Designs und Methoden (Ein-, Zwei-/Mehrpunkterhebungen, Status- vs. retrospektive Einschätzungen, Selbst- vs. Fremdbeurteilungen etc.) werden ausführlich in Kapitel 3 dieses Bandes behandelt. Therapieergebnisse sind aber auch zu beurteilen: Dafür bedarf es normierter Veränderungsverfahren (z.B. Goal Attainment Scaling; direkte Veränderungsmessung), zum anderen sollten bei der Wiederholung von Status- (Prä-Post-) Messungen Effektstärken, reliable klinische Veränderungen und die klinische Signifikanz routinemäßig bestimmt werden (► Kap. 3).

Über die Veränderungsmessung hinausgehend ist es zum Therapieende häufig wichtig, (noch) vorhandene Störungen, die Arbeitsfähigkeit, das soziale und berufliche Funktionieren, Risikofaktoren, Prognosen etc. zu bestimmen. Für entsprechende Verfahren sei auf die jeweiligen Kapitel dieses Buches verwiesen.

1.3 Anwendungs-, methodische und Qualitätskriterien der Diagnostik in der Psychotherapie

Therapiebezogene Diagnostik besitzt eine Reihe von Qualitätskriterien, ebenso wie deren adäquate Anwendung an solche gebunden ist. Kriterien, die sich aus Abschnitt 1.2 ergeben, werden im Folgenden nur kurz erwähnt.

1.3.1 Diagnostik ist integraler Bestandteil des psychotherapeutischen Prozesses

Die bisherigen Ausführungen machen deutlich, dass therapeutisches Handeln ohne Diagnostik nicht möglich ist: Ohne indikatorische Diagnostik keine Fallkonzeption, Indikation und Therapieplanung (grosse Holtforth et al. 2009; Laireiter 2011a), ohne Verlaufs- und Veränderungsdiagnostik keine adäquate und qualitätsgesicherte therapeutische Arbeit (Laireiter 2011b, c) und ohne Ergebnismessung keine Beurteilung der Ergebnisqualität und kein Qualitätsmanagement in der therapeutischen Praxis (Laireiter 2011c). Grosse Holtforth et al. (2009, S.1) sprechen daher zu Recht davon, dass die Diagnostik der »verlängerte Arm der Therapie« sei.

1.3.2 Diagnostik in der Psychotherapie ist multifunktional

Diagnostik besitzt im Therapieverlauf multiple Funktionen (grosse Holtforth et al. 2009; Laireiter 2011a). Auch das machen die bisherigen Ausführungen deutlich (vgl. die Aufzählungen in ► Kap. 1.2).

1.3.3 Diagnostik in der Psychotherapie ist multimodal

Methodisch sollte Diagnostik in der Psychotherapie multimodal betrieben werden (Baumann und Stieglitz 2001). Nicht nur, dass unterschiedliche