



# Diagnostik in der Psychotherapie — was heißt das?

**Stellungnahme der Fachgruppe  
Psychologisch-klinische Diagnostik der  
Sektion Klinische Psychologie im BDP zu  
Laireiters Beitrag in  
Report Psychologie 1/2003**

**Ernst Plaum & Thomas Hünerfauth**

Nachdem es etwas aus der Mode gekommen zu sein scheint, Diagnostik in der klinisch-psychologischen Praxis abzuwerten oder gar für entbehrlich zu halten (Standardformulierung zahlreicher Kolleginnen/Kollegen: »Ich mache keine Diagnostik, ich mache doch Therapie!«), sieht es so aus, als seien nunmehr bessere Zeiten für diagnostisch tätige Psychologinnen/Psychologen gekommen. Als eine/ein solche/r ist man daher zunächst durchaus erfreut, wenn Laireiter (2003) »aus der Praxis für die Praxis« eine »fachgerechte Diagnostik« fordert. Der Autor spricht denn auch in diesem Zusammenhang ganz essentielle Gesichtspunkte an.

So kann der Hinweis auf die im Einzelfall bestehende Diagnostikpflicht kaum überbetont werden, eine Forderung, die bereits vor Jahren auch aus juristischer Sicht erhoben wurde (Fehnmann, 1988), aber weitgehend unbeachtet blieb, übrigens sehr zum Nachteil berufsständischer Interessen (und natürlich auch solcher der Klienten). Diagnostik ist – so Laireiter – zentral, entscheidend wichtig, unbedingt erforderlich. Dem kann nur vorbehaltlos und mit Nachdruck zugestimmt werden. Sieht man von dem längst nicht mehr originellen Begriff »Qualitätssicherung«, der Gewinnung von Qualitätskriterien, einmal ab – zweifellos müssen solche Hinweise heute kommen –, so scheint endlich auch der Gedanke einer therapieschulenübergreifenden Diagnostik Fuß zu fassen (Laireiter, 2003, S. 28), obgleich der Autor, wie seine weiteren Ausführungen zeigen, diese Rahmenkonzeption nicht in letzter Konsequenz durchhält. Positiv zu vermerken wäre auch die nicht ausschließliche Hinorientierung auf Therapie (S. 30), »nicht nur aus Sicht des Psychotherapeuten« (S. 32), doch auch diesbezüglich vermisst man bei Laireiter eine klare Linie. Immerhin erfreut die Erwähnung quantitativer Methoden, neben qualitativen, auch wenn dies in der Diagnostik keinen Neuigkeitswert hat, und schließlich ist die Betonung der »Multimodalität« wohl noch immer notwendig, wenn auch höchst trivial. Nebenbei bemerkt kann man den letztgenannten Begriff nicht als besonders glücklich bezeichnen, obgleich er seit vielen Jahren in der Klinischen Psychologie mitgeschleppt wird, weil ihn ein bekannter angloamerikanischer Therapeut gebraucht hat (Comer, 1995). Dies soll hier aber nicht weiter vertieft werden.

Den eben erwähnten positiven Seiten des Artikels von Laireiter stehen andere Inhalte gegenüber, die bestenfalls zu Missverständnissen Anlass geben, im schlimmsten Falle jedoch ein falsches Verständnis psychologisch-klinischer Diagnostik offenbaren. Es kann in dieser Stellungnahme nur auf die wichtigsten kritischen Punkte eingegangen werden.

### **Therapieimmanente Diagnostik?**

Schon der Titel des hier besprochenen Artikels wirft Fragen auf: Die Formulierung »Diagnostik in der Psychotherapie« legt die eifrig propagierte Auffassung von der »Einheit des diagnostisch-therapeutischen Prozesses« nahe, noch unterstrichen durch die Feststellung, Diagnostik sei elementarer Bestandteil jeder psychotherapeutischen Intervention(!). Wenn dem so wäre,

dann müsste man fragen, was es denn mit den an anderen Stellen des Laireiter'schen Artikels zu findenden Feststellungen auf sich habe, wonach diagnostische Aktivitäten therapieschulenübergreifend sein sollten, nicht *nur* auf Therapie hinorientiert, nicht *nur* aus der Sicht des Psychotherapeuten (siehe oben). Die so genannte Eingangsdiagnostik hat bekanntlich festzustellen, ob überhaupt Psychotherapie indiziert ist, und falls ja, welche Art derselben im *individuellen* Fall *optimal* wäre. Das kann nicht »in« der Psychotherapie erfolgen, sondern davor, und man sollte überlegen, ob dies ein Therapeut in befriedigender Weise zu leisten vermag (hierzu weiter unten). Dass aufgrund äußerer Gegebenheiten zumeist ein Kompromiss zwischen optimaler Intervention und leicht zugänglichen Behandlungsmöglichkeiten gefunden werden muss, ist eine andere Sache, die das soeben Gesagte nicht grundsätzlich berührt. Laireiter scheint diese Problematik zu meinen, wenn er von »adaptiver Indikation« spricht (S. 29).

Hiervon abgesehen unterscheidet der Autor zwischen »differenzieller« und »selektiver« Indikation, wobei Letzteres bedeute, »therapeutische Ziele festlegen zu helfen und den Therapieprozess zu planen« (S. 28). Dann ist jedoch von einer »Fallkonzeption« die Rede, d.h. der »Entwicklung eines theoretisch begründeten Arbeitsmodells« (S. 28). Später, auf der Seite 29, wird die »individuelle« Therapie angesprochen, im Kontext einer behandlungsimmanenten Prozessdiagnostik. Diese etwas verwirrenden Bezeichnungen lassen interpretierend auf folgende Grundkonzeption schließen: Vor dem Hintergrund einer allgemeinen Interventionstheorie ordnet man den Einzelfall einer »differenziellen«, d.h. spezifischen Indikationskategorie zu, welche den Rahmen abgibt für eine »Fallkonzeption« im Sinne eines »theoretisch begründeten Arbeitsmodells«. Dieses müsste aber wohl *individuell* verstanden werden, denn die Besonderheiten des einzelnen Klienten sind – selbstverständlich auf der Grundlage einer umfassenden Einzelfalldiagnostik – spätestens bei dieser »Fallkonzeption« zu berücksichtigen. Was hierbei allerdings »theoretisch begründet« heißen soll, bleibt unklar; denn es gibt keine theoretischen Begründungen für die Behandlung von Sabine Maier, 26 Jahre, mit einer einmaligen Biographie und einer ebensolchen Persönlichkeit, die wegen depressiver Verstimmungen zum Psychologen gekommen ist. Auch aus einer noch so gründlichen Diagnostik mit zahlreichen Befunden lässt sich keine individuenbezogene *Theorie* ableiten. Allenfalls wäre eine *differenzielle* (d.h. eben keine wirklich individuelle sondern <sub>gruppen-trendorientierte) theoretische Begründung denkbar, doch diesbezüglich lässt uns eine klinische differenziellpsychologische Wissenschaft ohnehin weitgehend im Stich. Soweit möglich sollte man selbstverständlich vorliegende empirische Forschungsergebnisse als *Hypothesen* – nicht jedoch Theorien – in fallbezogene Überlegungen mit einbeziehen. Inwieweit diese dann für das konkrete *Individuum* hinreichend gesichert erscheinen, ist eine Frage der hypothesengeleiteten Einzelfalldiagnostik, und diese sollte nicht nur »multimodal«, sondern auch *multimethodal* konzipiert sein. Zu diesem letztgenannten Aspekt wird noch etwas zu sagen sein.

Vorerst wäre zu konstatieren, dass Laireiter von einer *individuellen* Therapie ausdrücklich erst im Zusammenhang mit einer Prozessdiagnostik während der Intervention spricht, nicht jedoch hinsichtlich der primären Indikation, d.h. einer Eingangsdiagnostik. Die Vorstellung einer differenziellen Indikation, womöglich noch aufgrund von mehr oder weniger behavioristisch erfassbaren Symptomen, die zu psychiatrischen Diagnosekategorien führen, ist jedenfalls wirklichkeitsfremd; sie *scheint* überhaupt nur realisierbar, wenn eine sehr unvollständige, oberflächliche Diagnostik durchgeführt wird. Man kann sich natürlich vornehmen, beispielsweise Personen mit bestimmten Scores, im Extremfall eines einzigen so genannten Persönlichkeitsfragebogens, herzunehmen und empirisch zu überprüfen, welche Therapieform bei diesen Testwerten am effektivsten ist. Dies wäre bereits schwer genug zu realisieren, aber es dürfte erstens jeder Fachfrau/jedem Fachmann klar sein, dass ein solches Vorgehen eine viel zu simple Basis hätte, zweitens sind die Probleme einer Therapie-Erfolgsforschung hinlänglich bekannt (hierzu etwa Vogel, 2001) und drittens kann, selbst wenn es verlässliche Anhaltspunkte für differenzielle Indikationen gäbe, ein konkreter Einzelfall, so überzeugend er auch, oberflächlich betrachtet, differenziell einzuordnen erschiene, bei genauerer Untersuchung Befunde erkennen lassen, welche auf die der differenziellen Kategorisierung zugrunde liegenden Population wohl kaum zuträfen, falls denn eine solche, angesichts der soeben angesprochenen Probleme, überhaupt hinreichend differenziert zu definieren wäre. Vielleicht ein wenig überspitzt darf gesagt werden: Es gibt keine differenzielle Indikation, sondern nur eine *individuelle* (dies ist eine Feststellung aus der Praxis für die Praxis). Denn je gründlicher und umfassender individuenspezifisch diagnostiziert wird, desto mehr entschwindet dem Praktiker das Trugbild einer »differenziellen Indikation«. Das gilt selbstverständlich auch im Hinblick auf eine psychiatrische Diagnostik im Sinne von ICD-10 und DSM-IV (Plaum, 2000).

### Minimaldiagnostik?

Hypothesengeleitetes Vorgehen im Einzelfall müsste multimethodal erfolgen, wobei bezüglich aller eventuell interventionsrelevanten Bereiche eine Fülle von Informationen aus verschiedenen Datenquellen zu gewinnen wären, die man nach dem Konvergenz-Divergenz-Prinzip (Plaum, 1992) behandeln kann, bzw. um möglichst gesicherte Mehrfachbelege zu erhalten. Dies erfordert, wie etwa Hartmann (1973, S. 28) es vor vielen Jahren formuliert hat, die Gewinnung eines »vernünftigen Verhältnisses des Psychodiagnostikers zum Zeitaufwand«. Damit ist nicht, wie bei Laireiter, eine Minimalisierung der Diagnostik in Relation zur Intervention gemeint, sondern eher das Gegenteil. Wenn dieser Autor meint, dass für eine »zweistündige psychotherapeutische Beratung oder Klärungsarbeit nicht eine dreistündige Diagnostik zu veranschlagen« sei (S. 33), so zäumt er gewissermaßen das Pferd vom Schwanz auf, denn wenn diagnostische Untersuchungen vor jeder »Beratung oder Klärungsarbeit« stehen –

was in der Tat der Fall sein sollte – dann kann niemand von vornherein wissen, ob eine zweistündige Intervention ausreichend sein wird. Entsprechende Informationen würden sich, wenn überhaupt, allenfalls nach einer gründlichen, umfassenden Diagnostik ergeben. Grundsätzlich ist davon auszugehen, dass solche, hinreichend multimethodalen, Untersuchungen zumeist mindestens etwa 12 Stunden in Anspruch nehmen, weil die Psyche eines Menschen mit ihren Umweltbezügen zweifellos zu den kompliziertesten und am schwersten erkennbaren Systemen des gesamten Kosmos gehört; nebenbei bemerkt zeigen praktische Erfahrungen, dass sich Probanden vielfach erst an einem zweiten Untersuchungstag unmittelbarer und weniger fassadenhaft präsentieren. Außerdem kann in zahlreichen Fällen eine derart gründliche Diagnostik den für eine Intervention erforderlichen Zeitaufwand ganz erheblich reduzieren (Plaum, 1981, 1992), so dass sich vielleicht beispielsweise eine vorgesehene 40-stündige Therapie auf 20 Stunden reduzieren ließe und dies – wegen der umfassenden Informationsbasis – am Ende mit wesentlich günstigeren Resultaten als es bei der doppelten Stundenzahl, aber auf einer diagnostischen Minimalbasis, möglich wäre.

Damit ist bereits die Frage berührt, was ein nicht nur »multimodales«, sondern multimethodales Vorgehen konkret bedeuten mag. Es braucht wohl kaum eigens darauf hingewiesen zu werden, dass die verschiedenen Aspekte der menschlichen Person und ihrer Umweltrelationen keineswegs alle mit den gleichen Methoden untersucht werden können. So etwas wie »Multimodalität« bedingt bereits eine multimethodale Diagnostik. Doch auch ein und derselbe Bereich bedarf eines Herangehens mittels unterschiedlicher methodischer Ansätze, um zur Absicherung von Befunden Mehrfachbelege zu gewinnen. Schon Laien wissen – anscheinend im Gegensatz zu manchen Psychologinnen/Psychologen –, dass jede Art von Selbst- und Fremdaussagen (Interviews, Fragebögen, Beurteilungsskalen) der Gefahr subjektiver Verfälschungen ausgesetzt ist. Sieht man sich die von Laireiter genannten Verfahren an, so wird eine andere diagnostische Methode nicht explizit erwähnt. Skalen zur sozialen Erwünschtheit bzw. Offenheit bieten keine Sicherheit im Hinblick auf eine Kontrollierbarkeit solcher Verfälschungstendenzen. Dies gilt ebenfalls bei gegebenem Leidensdruck therapiewilliger Probanden; in solchen Fällen wäre aber durchaus auch mit Verfälschungen, zumindest Übertreibungen, im Sinne sozialer *Unerwünschtheit* zu rechnen.

Leistungstests gehören nach Laireiter nicht zu den Routineverfahren; inzwischen liegen jedoch Hinweise von Einzelfällen vor, wonach eine Rückmeldung zu einem guten Intelligenztestresultat schlagartig therapeutische Fortschritte bewirken kann, selbst wenn die Leistungsthematik bei der Intervention nicht im Vordergrund steht (siehe etwa Sitta, 1999; Seel & Plaum, 2001). Bei 8 von 10 Klientinnen/Klienten, die bereits eine Therapie begonnen hatten, ergab eine nachträgliche sehr umfassende, gründliche Diagnostik schwerwiegende und für den weiteren Verlauf der Behand-

lung entscheidende positive oder negative Befunde im Leistungsbereich (in einem Fall konnte daraufhin eine Betreuung aufgehoben werden, in einem anderen war die Beendigung der offensichtlich nicht indizierten Therapie die Folge). Für die Intervention wichtige andere Testergebnisse konnten bei sämtlichen Probanden gefunden werden. Alles dies war den Therapeutinnen entgangen (Sitta, 1999). Das sind Beispiele – andere ließen sich hinzufügen – dafür, dass man nie von vornherein weiß, welche diagnostischen Informationen interventionsrelevant – auch zeitökonomisch bedeutsam – sein mögen. Um der Klienten willen dürfte also ein sehr begrenztes Diagnostikprogramm nicht allzu sinnvoll sein. Laireiter hingegen meint, Angemessenheit, den jeweiligen Fall betreffend, bedeute, dass das Vorgehen »praktikabel und ökonomisch« sein solle, und verweist in diesem Zusammenhang auf die computergestützte Diagnostik, welche auch den Vorteil »einheitlicher Methodenpakete« biete, was wiederum »aus Vergleichsgründen« anzustreben sei (S. 32). Nun ist gewiss, vor allem unter einer wissenschaftlichen Perspektive, nichts dagegen einzuwenden, in vielen, wenn nicht allen Fällen neben anderen die gleichen Verfahren heranzuziehen. Es widerspräche aber einer individuen-spezifischen Diagnostik, wollte man sämtliche Probanden ausschließlich mit dem gleichen »Methodenpaket« untersuchen.

Auch Laireiter meint dies offenbar nicht, wenn er von einer ergänzenden Diagnostik »bei Bedarf« schreibt. Sieht man einmal davon ab, wie ein solcher Bedarf festzustellen wäre – es müssten für eine entsprechende Entscheidung bereits Vorinformationen zur Verfügung stehen, die sich nicht immer aus einer vorhergehenden Routinediagnostik ergeben –, so entstehen in dieser Hinsicht jedoch erhebliche Unklarheiten. Zunächst dürfte viele Psychologinnen/Psychologen irritieren, wenn es, entgegen der sonstigen Tendenz des Autors, Diagnostik als Aufgabe der Psychotherapeuten zu betrachten, auf der Seite 33 heißt, diese müssten sich »Wissen über die... diagnostischen Konzepte und Methoden aneignen... die sie... selber nicht durchführen, z.B. psychiatrische Diagnostik, neurologische Diagnostik, psychologische(!) Diagnostik, medizinische Diagnostik etc.« (Hinzufügung des Ausrufungszeichens in Klammern v. Verf.). Abgesehen davon, dass zumindest neurologische Diagnostik zweifellos eine medizinische ist und man rätseln kann, was »etc.« im Einzelnen bedeuten mag, scheint Laireiter hier die psychologische(!) Kompetenz der Therapeuten in diagnostischer Hinsicht keineswegs für optimal zu halten. Zweifellos berührt dies positiv, angesichts der hochspezialisierten Teilbereiche Diagnostik und Intervention in der Angewandten Psychologie, wenn man Diagnostikern zugesteht, »Professionisten« (S. 30) und infolgedessen auf ihrem Gebiet therapeutisch tätigen Fachkräften überlegen zu sein. Es ist aber zu fragen, inwieweit Laireiter die von ihm für letztere empfohlene Diagnostik überhaupt als *psychologische* betrachtet bzw. wo hier die Grenzen der Kompetenz von Therapeuten gesehen werden.

## Bedarfsdiagnostik?

Ein wenig mehr Klarheit verspricht die genauere Betrachtung der Auflistung erforderlicher diagnostischer Aktivitäten zu Beginn einer Therapie (S. 34). Dort findet man aber unter Punkt VII (»Weiterführende Diagnostik«) der Tabelle 1 vermerkt, dass »bei Bedarf«(!) »Klinisch-psychologische Diagnostik«(!) in Frage komme. Zugunsten des Autors könnte zunächst angenommen werden, dass hier bei Bedarf eine *Weiterführung* der klinisch-psychologischen Diagnostik gemeint sei, denn was unter den Punkten I bis VI steht (in der gleichen Tabelle – ein Punkt IV fehlt), würden wohl die meisten Psychologinnen/Psychologen ebenfalls als solche bezeichnen; jedenfalls scheint dies für »orientierungsspezifische« (d.h. therapieeschulenspezifische) Diagnosen (Punkt II), Anamnesen (Punkt III), »Zielanalysen und Indikation« (Punkt V) sowie das unter Punkt VI (»zusätzliche Diagnostik«) Angeführte zu gelten. Nun liest man aber bei Punkt I: »Klinische Diagnostik« – offenbar im Unterschied zur »klinisch-psychologischen« gemeint! Und in der Tat findet man hier an zugehörigen Methoden lediglich solche angegeben, die nicht als spezifisch klinisch-*psychologisch* bezeichnet werden können. Mit Ausnahme des IIP, des GAS (das Goal Attainment Scaling, nicht die Geburts-Angst-Skala ist gemeint) und vielleicht noch des BDI handelt es sich bei allen in der Tabelle 1 explizit angeführten Beispielen für Methoden nicht um eigentlich psychologische, wobei das Hauptgewicht auf DSM-IV (DSM-III-R) bzw. ICD-10 liegt. Die letztgenannten Instrumente sind bekanntlich solche einer psychiatrischen Diagnostik (zu deren Kritik siehe Plaum, 2000).

Daher erscheint verständlich, weshalb der Autor zunächst von »klinischer« Diagnostik spricht, und deren Unterscheidung von einer »klinisch-psychologischen« wäre somit durchaus plausibel. Auf der Seite 31 ist jedoch wohl kaum zu verstehen, weshalb der »klinisch-psychiatrischen« (sind Psychologische Psychotherapeuten Psychiater?) Diagnostik die »Identifikation psychopathologischer Symptome« sowie »psychischer Störungen und damit der Beschreibung des psychischen(!) Zustandes eines Patienten und der Analyse seiner Probleme« (Hinzufügung des Ausrufungszeichens in Klammern durch d. Verf.) zugeordnet wird, in Gegenüberstellung zur »klinisch-psychologischen«, die unter anderem zuständig sei für »Störungsbeschreibung und Störungs- und Problemanalyse...«. Da mag sich zurechtfinden, wer meint noch den Durchblick zu haben. Zudem erfährt man, dass »klinisch-psychologische Diagnostik« »technologisch orientiert« sei (S. 30). Was heißt das, im Unterschied zur unmittelbar davor erwähnten »klinischen« bzw. »psychiatrischen« Diagnostik?

Im Folgenden erfährt die Leserin/der Leser sodann, dass die Notwendigkeit »klinisch-psychiatrischer Diagnostik« neben anderen Gesichtspunkten im Hinblick auf Kostenträger bzw. Kassenabrechnungen erforderlich, außerdem sowohl der Kooperation mit Ärzten als auch der Verhaltenstherapie dienlich sei. Diese Argumentation ist durchaus noch nachzuvollziehen, unterwirft aber Psychologinnen/Psychologen zweifellos der Dominanz der Mediziner (hierzu kritisch Plaum, 2000).

Der »klinisch-psychologischen Diagnostik« wird dagegen vor allem die Aufgabe zugeschrieben, für Quantifizierungen zu sorgen (S. 31); dabei werden aber auch ausdrücklich genannt: »Erfassung eines breiten Ausmaßes an psychischen Störungen«, »Erfassung und Analyse spezifischer psychologischer Sachverhalte (*Eigenchafts- und Funktionsdiagnostik*)« sowie »Erfassung der Krankheitswertigkeit einer Störung (*Normwerte; Klinische Cut-off-Werte*)« (S. 31, Hervorhebungen im Original). Wie sich der letztgenannte Punkt von der Bestimmung der »Krankheitswertigkeit eines Leidenszustandes« bei der »klinisch-psychiatrischen« Diagnostik (S. 30) unterscheiden soll (durch Norm- bzw. Cut-off-Werte?) bleibt unklar. Das »personale und soziale Funktionsniveau« sowie »zwischenmenschliche Probleme« ordnet Laireiter offenbar (S. 34) der »klinischen«, nicht jedoch »klinisch-psychologischen Diagnostik« zu, wobei »soziale Probleme« laut Tabelle 1 – im Widerspruch zum Text – allenfalls beispielhaft genannt und nur »bei Bedarf« als einer Abklärung wert erachtet werden. Was für ein eingegengtes Verständnis Klinischer Psychologie liegt hier zugrunde?

### Psychologiefremde Diagnostik?

Nun enthält ja die Beschreibung der »klinisch-psychologischen Diagnostik« bei Laireiter dennoch durchaus Notwendiges, man muss dabei aber beachten, dass auch dies lediglich *bei Bedarf* in Frage kommen soll. Immerhin erwähnt der Autor eine »Funktionsdiagnostik«. Zuvor (auf S. 30) wird jedoch ausdrücklich darauf hingewiesen, dass »z.B.« neuropsychologische Diagnostik, »Persönlichkeitsdiagnostik, Leistungsdiagnostik etc.« »nur bei spezifischen Fragestellungen zum Einsatz« kommen sollen, somit *nicht* einem »Standard psychotherapeutischer Diagnostik« entsprechen und folglich auf diese »spezifischen« Untersuchungen nicht weiter eingegangen zu werden brauche. Klinische Psychologinnen/Psychologen mögen hier fragen: Ist bei diesen als verzichtbar erachteten diagnostischen Bereichen etwa im Allgemeinen keine Therapierrelevanz gegeben? Eine Antwort, wonach solches bei spezifischen Fragestellungen durchaus zu berücksichtigen sei, verkennt, dass kaum jemals von vornherein mit hinreichender Sicherheit bekannt sein dürfte, ob eine solche »spezifische Fragestellung« (wer legt diese fest?) im Einzelfall tatsächlich erforderlich wäre. Vorwissen kann hier sehr wohl in die Irre führen; wer kommt z.B. schon auf die Idee, bei einem nach einhelligem Urteil von Bezugspersonen und Fachkräften minderbegabten Klienten einen Intelligenztest durchzuführen, um dabei einen IQ 118 festzustellen (dokumentierte Fälle dieser Art liegen vor, sie sind keineswegs so selten, dass sie vernachlässigt werden könnten)?

Die Verbindung von psychologisch-klinischer Diagnostik und Intervention wird offenbar nach wie vor als ziemlich locker angesehen. Das sind die Folgen der in Fachkreisen vor Jahren erfolgten Abwertung diagnostischer Tätigkeit. Man kann auf den BDP verweisen, der neben der Sektion Klinische Psychologie eine eigene für Therapeuten hat. Dies ist die Umkehrung der zwischenzeitlich vertretenen Auffassung, wonach Klini-

sche Psychologie (fast) als identisch mit Psychotherapie gesehen wurde.

Wir haben oben bereits angedeutet, dass wegen zunehmender Ausdifferenzierungen und Spezialisierungen eine im klinischen Einzelfall erforderliche *interventionsrelevante* Diagnostik von Therapeuten kaum in ausreichender Weise zu leisten sein wird. Bereits die Anschaffung eines genügend umfangreichen diagnostischen Methodenarsenals dürfte schon aus finanziellen Gründen problematisch sein. Hinzu kommt die völlig unbefriedigende Honorierung der Diagnostik durch Kostenträger bzw. Krankenkassen (die Fachgruppe Psychologisch-klinische Diagnostik der Sektion Klinische Psychologie des BDP versucht seit Jahren dem entgegenzuwirken). All dies sollte aber keinesfalls dazu führen, dass aus solchen pragmatischen oder anderen Gründen einer *prinzipiellen* Trennung von »klinischer« bzw. psychotherapeutischer und *psychologisch-klinischer* Diagnostik das Wort geredet wird. Wenn sich Psychotherapeuten aus verständlichen und guten Gründen nicht in der Lage sehen, mehr als eine ungenügende Einzelfalldiagnostik selbst durchzuführen, müssten sie sich dazu bereit finden, mit Diagnostikspezialisten/-spezialistinnen eng zusammenzuarbeiten – sei es in einer Gemeinschaftspraxis, im Team einer größeren Institution oder in regionaler Kooperation –, und es sollten Möglichkeiten hierfür eröffnet werden. Da Laireiter Österreicher ist, muss man ihm zugute halten, dass seine Unterscheidungen (»Psychotherapie«, »klinisch-psychologisch«, »psychiatrisch«) die Rechtslage in unserem südlichen Nachbarstaat widerspiegeln. Umso unverständlicher erscheint es jedoch, wenn diese aus bundesdeutscher Perspektive kaum nachvollziehbaren Differenzierungen in der Verbandszeitschrift des BDP ohne entsprechende Erläuterungen zu finden sind. Im Übrigen gewinnt diese krause Terminologie nicht schon dadurch fachwissenschaftliche Dignität, dass sie von Staats wegen (nicht ohne Willkür) sanktioniert wird. Interessant an der österreichischen Regelung ist jedoch der Gesamtvertrag zwischen dem BÖP und den Krankenkassen: Er sieht die selbstständige Abrechnung klinisch-psychologischer Diagnostik vor, unabhängig von Psychotherapie, was gegenüber der bundesdeutschen Situation eine Aufwertung diagnostischer Tätigkeiten bedeutet, von der man hierzulande nur träumen kann. Auch dies erwähnt Laireiter nicht. Immerhin deutet er an, dass im Hinblick auf Daten, die der Qualitätssicherung dienen können, »aus Gründen der Fairneß«, ein »unabhängiges Institut« herangezogen werden sollte, allerdings nur bezüglich der Therapie-Ergebnisse (S. 40). Wieso aber erst dann? – so mögen Diagnostiker/innen fragen. Schließlich wird, das Ende einer Intervention betreffend, auch auf Methoden wie den Fragebogen VEV verwiesen, neben psychiatrischen und therapiespezifischen Verfahren. Was die Letzteren angeht, so ist gegen deren ausschließliche Verwendung während des laufenden Therapieprozesses gewiss nichts einzuwenden; nur hierbei könnte man von einer »Diagnostik *in* der Psychotherapie« sprechen.

Univ. Prof. Dr. ERNST PLAUM, Leiter der Fachgruppe Psychologisch-Klinische Diagnostik der Sektion Klinische Psychologie im BDP

Dipl.-Psych. THOMAS HÜNERFAUTH, zur Zeit der Manuskripterstellung stellvertretender Vorsitzender der Sektion Klinische Psychologie im BDP

### Korrespondenzanschrift

Univ. Prof. Dr. Ernst Plaum, Katholische Universität Eichstätt, Philosophisch-Pädagogische Fakultät, Professur für Psychologie IV, D-85071 Eichstätt

### Inkompetente Diagnostik?

Dass Psychologinnen/Psychologen im Hinblick auf Kostenträger und eine Kooperation mit Ärzten gute Gründe dafür anführen können, sich der Terminologien der ICD-10 bzw. des DSM-IV zu bedienen, wurde bereits erwähnt. Es wäre jedoch einfacher und korrekter, die entsprechenden Diagnosekategorien als *psychiatrische* zu bezeichnen und in diesem Zusammenhang nicht den mehrdeutigen Begriff »klinische Diagnostik« zu gebrauchen. Allerdings mag dies bestehende Konkurrenzverhältnisse in der Beziehung zu Ärzten verschärfen bzw. manifest werden lassen. Unverfänglicher könnte die vielleicht ebenfalls noch akzeptable Benennung »psychopathologische Diagnostik« sein.

Da Klinische Psychologen/Psychologinnen aber nun einmal die psychiatrischen Diagnosekategorien weitgehend übernommen haben – so fragwürdig dies auch sein mag (Plaum, 2000) – dürfte es jedoch durchaus vertretbar erscheinen, wenn die Unterscheidung psychiatrisch versus psychologisch aus pragmatischen Gründen nicht allzu sehr betont wird. Das würde bedeuten: Klinische Psychologinnen/Psychologen – auch therapeutisch tätige – betreiben, wenn sie denn fachgerecht untersuchen, naturgemäß »psychologisch-klinische« (bzw. »klinisch-psychologische«) Diagnostik und darüber hinaus *keine andere*. Sieht hier jemand ein Problem? Wenn aber Psychologische Psychotherapeuten Klinische Psychologen sind (gibt es einen vernünftigen Grund, der dagegen spräche?), dann genügt es doch, einfach nur von »klinisch-psychologischer Diagnostik« (im Zusammenhang mit Therapie) zu sprechen. Um hierbei den eigenständigen Charakter der Psychologie stärker zu betonen, gebraucht unsere Fachgruppe lieber die Bezeichnung »psychologisch-klinisch«. Die in der vorliegenden Stellungnahme kritisierte Begriffsverwirrung ließe sich so vermeiden.

Davon bleibt die bereits angesprochene Arbeitsteilung zwischen Diagnostikern und Therapeuten unberührt; dies ist eine Frage, die *innerhalb* der Klinischen Psychologie zu klären wäre. Dabei müsste auch deutlich werden, was gemeint sein kann, wenn Laireiter mehr diagnostische Kompetenzen für Therapeuten fordert. Sollte das bedeuten, dass diese bezüglich Diagnostik und deren Methoden mehr *wissen* müssten, so ließe sich dem ohne weiteres zustimmen, wie auch umgekehrt gegenüber Diagnostikern wegen der von ihnen abzuklärenden Indikationsfragen die Forderung zu erheben wäre, sich umfassende therapierelevante Informationen anzueignen. Ist jedoch mit der Erweiterung diagnostischer Kompetenzen eine entsprechende umfangreichere praktische *Tätigkeit* gemeint, dann kann man nur eine weitgehende Zurückhaltung anmahnen. Wie oben gezeigt wurde, geht selbst aus Laireiters Artikel indirekt – vermutlich unbeabsichtigt – hervor, dass (wegen der weitgehenden Spezialisierungen auf den Gebieten Diagnostik und Therapie) die diagnostischen Kompetenzen von Therapeuten zwangsläufig begrenzt sein werden. Etwas anders ausgedrückt lässt sich sagen: Ein in seinem ureigenen Bereich gut qualifizierter Therapeut kann wohl kaum auf dem heute

sehr verzweigten Gebiet der Diagnostik gleichermaßen kompetent sein, ebenso wenig wie eine diagnostisch recht versierte Fachkraft noch Freiräume haben dürfte, sich in befriedigender Weise therapeutisch zu betätigen. Daraus folgt aber: Arbeitsaufteilung bzw. Schwerpunktsetzungen in der einen oder anderen Richtung sind gefragt.

Wenn Laireiter vier Therapierichtungen anführt, die eine elaborierte Diagnostik aufzuweisen hätten, dann zeigt deren genauere Betrachtung, dass es sich dabei eben *nicht* um ein therapieschulenunabhängiges Vorgehen handelt, welches der gleiche Autor an einer anderen Stelle (S. 28) fordert. Solche diagnostischen Untersuchungen *im Rahmen einer bestimmten therapeutischen Konzeption* sind selbstverständlich – wenn sie denn tatsächlich nur innerhalb dieses Rahmens bleiben – niemals wirklich multimethodal, wohl auch kaum »multimodal« ausgerichtet. Das gesamte Spektrum diagnostischer Instrumente umfasst beispielsweise auch die höchst umstrittenen so genannten projektiven Techniken (die entgegen einem weit verbreiteten Glauben keineswegs alle eine tiefenpsychologische Fundierung haben), welche wohl nicht immer, aber in sehr vielen Einzelfällen entscheidende interventionsrelevante Informationen, zumindest hinsichtlich einer Hypothesengenerierung, liefern können. Wer Diagnostik nur psychometrisch versteht, begibt sich solcher Möglichkeiten und geht in recht eingengter Weise vor, nicht unbedingt aufgrund einer einseitigen Therapieorientierung, sondern weil ihm eben keine umfassende, realitätsgerechte Konzeption psychologischer Einzelfallarbeit geläufig ist (hierzu etwa Plaum, 1992, 1996; Schaipp & Plaum, 1995; Plaum, 2001; Winkler & Plaum, 2001).

Als Fazit lässt sich festhalten:

- Laireiter empfiehlt ein diagnostisches Programm, das zweifellos einen erheblichen Fortschritt gegenüber der üblichen therapeutischen Praxis darstellt.
- Es zeigt sich dabei jedoch eine verwirrende terminologische Konfusion, vor allem im Hinblick auf psychiatrische und psychologisch-klinische Diagnostik.
- Abgesehen von Untersuchungen, die tatsächlich *in* der Therapie anzusiedeln sind, bedarf es keiner ausschließlich interventionspezifischen Untersuchungen, weder vor der Entscheidung für oder gegen eine (bestimmte Art der) Behandlung noch nach deren Beendigung.
- Es ist vielmehr eine inhaltlich und methodisch hinreichend umfassende, vielseitige, aber einfallorientierte psychologisch-klinische Diagnostik zu fordern, als deren *Teilbereich* auch ein therapiespezifisches bzw. -begleitendes Vorgehen gelten kann.
- Somit besteht keinerlei Veranlassung, im Zusammenhang mit Psychotherapie in diagnostischer Hinsicht etwas anderes als psychologisch-klinische Untersuchungen zu empfehlen.
- Die bestehende sowie weiter fortschreitende Auffächerung und Spezialisierung innerhalb der großen psychologischen Anwendungsbereiche Diagnostik einerseits, Therapie andererseits, lässt im Interesse der

Klienten eine Arbeitsteilung – aber wiederum enge Zusammenarbeit bezüglich des Einzelfalls – jeweils kompetenter Experten beider Gebiete angeraten erscheinen.

## L I T E R A T U R

- COMER, R.J.** (1995). *Klinische Psychologie*. Heidelberg: Spektrum Akademischer Verlag.
- FEHNEMANN, U.** (1988). Recht. In R.S. Jäger (Hrsg.), *Psychologische Diagnostik* (S. 96-104). München/Weinheim: Psychologie Verlags Union.
- HARTMANN, H.** (1973). *Psychologische Diagnostik*. 2. Aufl. Stuttgart: Kohlhammer.
- LAIREITER, A.-R.** (2003). Diagnostik in der Psychotherapie. *Report Psychologie* 28 (1), 27-42.
- PLAUM, E.** (1981). Aspekte eines »praktischen« Eklektizismus bei psychologischen Interventionsmaßnahmen. *Psychologie in Erziehung und Unterricht* 28, 222-234.
- PLAUM, E.** (1992). *Psychologische Einzelfallarbeit*. Stuttgart: Enke.
- PLAUM, E.** (1996). *Einführung in die Psychodiagnostik*. Darmstadt: Wissenschaftliche Buchgesellschaft/Primus.
- PLAUM, E.** (2000). DSM-IV und ICD-10 als Grundlagen psychologisch-klinischer Diagnostik? Zur »Psychiatrischen Wende« eines eigenständigen Zweiges der Angewandten Psychologie. *Zeitschrift für Differentielle und Diagnostische Psychologie* 21 (2), 152-165.
- PLAUM, E.** (2001). Diagnostische Methoden. In H. Keupp & K. Weber (Hrsg.), *Psychologie* (S. 302-322). Reinbek b. Hamburg: Rowohlt Taschenbuch Verlag.
- SCHAIPP, CH. & PLAUM, E.** (1995). »Projektive Techniken«: Unseriöse »Tests« oder wertvolle qualitative Methoden? Bonn: Deutscher Psychologen Verlag.
- SEEL, E. & PLAUM, E.** (2001). Psychotherapie aus der Klientenperspektive. In R.T. Vogel (Hrsg.), *Die Psychotherapiestation* (S. 162-176). Gießen: Psychosozial-Verlag.
- SITTA, CH.** (1999). *Krise oder Renaissance der klinisch-psychologischen Diagnostik? Erhebungen zum diagnostischen Vorgehen und paradigmatische Einzelfalldarstellungen*. Unveröffentlichte Diplomarbeit. Katholische Universität Eichstätt, Fach Psychologie.
- VOGEL, R.T.** (Hrsg.). (2001). *Die Psychotherapiestation*. Gießen: Psychosozial-Verlag.
- WINKLER, J. & PLAUM, E.** (2001). Lebensthemen stationärer Psychotherapiepatienten – eine Untersuchung nach Wildes Wunschprobe. In R.T. Vogel (Hrsg.), *Die Psychotherapiestation* (S. 185-209). Gießen: Psychosozial-Verlag.

# HUBER