



universität
wien

DISSERTATION

„Mögliche Funktionen Psychologischer Diagnostik im
Psychotherapeutischen Prozess -

Dargestellt an der Anwendung von Paardiagnostik im
Rahmen einer Systemischen Paartherapie“

Mag. rer. nat. Anna Pittermann

angestrebter akademischer Grad
Doktorin der Naturwissenschaften (Dr. rer. nat.)

Wien, 2012

Studienkennzahl lt. Studienblatt:	A 091 298
Dissertationsgebiet lt. Studienblatt:	Psychologie
Betreuerin / Betreuer:	Univ. Prof. Dr. Mag. Klaus Kubinger

Inhaltsverzeichnis

1. Einleitung	7
2. Diagnostische Prozesse in der Psychotherapie	8
2.1. Die Anwendung von psychologisch-diagnostischen Verfahren in der Psychotherapie	11
2.2. Psychologische Diagnostik zwischen Forschung und Praxis	13
3. Grundlagen Systemischer Psychotherapie	16
3.1. Systemische Grundannahmen	16
3.1.1. Konstruktivismus	16
3.1.2. Zirkularität	17
3.1.3. Selbstorganisation.....	17
3.2. Therapeutische Grundhaltung	17
3.3. Systemisches Setting und Methoden	18
4. Systemische Diagnostik.....	19
4.1. Überblick über Paardiagnostische Verfahren	20
4.1.1. Der Gießen-Test für Paare.....	20
4.1.2. Das Familienbrett.....	21
4.1.3. Der Fragebogen zu Angebot und Nachfrage in Partnerschaften	22
4.1.4. Der Fragebogen zur Partnerschaftsdiagnostik	23
4.1.5. Die Paarklimaskalen	23
4.1.6. Die Deutsche Version des Quality of Relationship Inventory	23
5. Funktionen Psychologischer Diagnostik in der Paartherapie	25
5.1. Einflüsse auf Klientenebene	25
5.1.1. Therapiebeginn	25
5.1.2. Therapiefortschritt	27
5.1.3. Psychologische Diagnostik in der Wartezeit auf einen Therapieplatz	28

5.1.4. Persönliche Reflexion	30
5.1.4.1. Ressourcenorientierung	31
5.1.4.2. Systemöffnung	32
5.1.4.3. Steigerung der Selbstaufmerksamkeit	33
5.1.4.4. Erzeugung von Kognitiver Dissonanz	34
5.1.5. Über den Zeitpunkt der Diagnostik hinauswirkende Effekte	34
5.1.6. Subjektive Bewertung des Einsatzes psychologisch- diagnostischer Verfahren durch die Klienten	36
5.2. Einflüsse auf Therapeutenebene	36
5.2.1. Selbstverständnis des Therapeuten	36
5.2.2. Die Doppelfunktion Psychotherapeut – Diagnostiker	38
5.2.3. Diagnostikergebnisse als Informationsquelle zur Hypothesengenerierung	39
5.2.4. Etikettierung im Rahmen von Diagnostik	40
5.2.5. Problem- versus Lösungsorientierung	42
5.2.6. Aktive Einbeziehung der Klienten in den Therapieprozess	43
5.2.7. Kognitive Verzerrungen	44
5.2.8. Der Therapeut als Orientierungspunkt	45
5.2.9. Die zwischenmenschliche Komponente von Diagnostik	46
5.2.10. Subjektive Bewertung des Einsatzes psychologisch- diagnostischer Verfahren durch die Therapeuten	48
6. Ein Schlusssatz	49
7. Zusammenfassung	50
 Anhang:	
Literaturverzeichnis	53
Danksagung	61
Lebenslauf	63

Publikation I :

Pittermann, A., & Kubinger, K. D. (2011). Co-Existence or Alliance? Psychological Assessment and Its Effects on Therapeutic Process Using Systemic Psychotherapy as an Example. *Psychology, 2*, S. 42-48.

Publikation II

Pittermann, A., & Kubinger, K. D. (2011). Psychologische Diagnostik begleitend zur Systemischen Therapie - Ein Erfahrungsbericht. *Psychologie in Österreich, 31*, S. 130-134.

Publikation III

Pittermann, A., & Kubinger, K. D. (2012). Was bringen standardisierte psychologisch-diagnostische Verfahren vor dem Erstgespräch? *Report Psychologie, 4(37)*, S. 152-162.

1. Einleitung

Psychologische Diagnostik findet im Rahmen von Psychotherapie in vielfältiger Form Anwendung (Kubinger, 2005; Laireiter, 2005; Fiegl & Reznicek, 2000; Laireiter, 2000). Als mögliche Bereiche im Rahmen psychotherapeutischer Prozesse wären etwa die Therapieplanung, die Status- und Verlaufsdiagnostik und Therapieevaluationen zu nennen (Laireiter, 2003).

Die Anwendung psychologisch diagnostischer Verfahren zur Ergänzung des Therapieprozesses wird aber von praktisch tätigen Psychotherapeuten¹ häufig mit gewissen Vorbehalten betrachtet (Brähler, Schumacher & Strauß, 2002). In der Systemischen Psychotherapie, in der beispielsweise großer Wert auf die Vermeidung von Zuschreibungen und Etikettierungen gelegt wird, werden Fragebögen sowie „klassifizierende Instrumente“ generell, skeptisch gesehen.

Ohne die Relevanz von Diagnostik im Rahmen von Psychotherapie in Frage stellen zu wollen, wird in dieser Arbeit der Frage nachgegangen, welche Effekte die Anwendung psychologisch diagnostischer Verfahren auf den praktischen Verlauf von Psychotherapie hat und welche Auswirkungen sie für Klienten und Therapeuten haben kann. Besonderes Augenmerk wird auf die mögliche Anwendung im Rahmen Systemischer Therapie gelegt. Die Relevanz der Betrachtung speziell der Systemischen Psychotherapeuten ergibt sich aus dem Faktum, dass die Systemiker in Österreich die weitaus größte Gruppe an Psychotherapeuten mit Zusatzbezeichnung darstellen (Psyonline, 2011).

Um einen Überblick über die tatsächlichen Effekte der Anwendung diagnostischer Verfahren im Rahmen von psychotherapeutischen Prozessen zu schaffen, soll hier zunächst einschlägige Literatur zu dem Thema aufgearbeitet werden. Außerdem wird anhand der Beschreibung einer von der Autorin durchgeführten Studie dargestellt, welchen praktischen Nutzen diagnostische Verfahren im Rahmen Systemischer Paartherapie haben können. Bei dieser Studie wurde größter Wert darauf gelegt, die tatsächliche praktische Erfahrung von Therapeuten und Klienten abzubilden.

¹ Sämtliche Bezeichnungen schließen das jeweils andere Geschlecht mit ein.

2. Diagnostische Prozesse in der Psychotherapie

Diagnostik und Psychotherapie sind eng miteinander verwobene Prozesse. Ohne Diagnostik kann und wird professionelle Psychotherapie nicht stattfinden (Scheib & Wirsching, 1994). Es gilt die Regel: „Man interveniert erst, wenn man sicheren Boden unter den Füßen hat“ (Deissler, 1986, S. 85).

Psychotherapeuten werden in ihrer Ausbildung deshalb nicht nur darauf geschult, einen guten diagnostischen Blick zu entwickeln, sondern auch strukturierte diagnostische Verfahren anzuwenden (siehe etwa Schneider & Margraf, 2011, zu diagnostischem Vorgehen). Diagnostische Prozesse laufen allerdings in der psychotherapeutischen Praxis häufig intuitiv ab, also im Gespräch, ohne anleitende psychologisch-diagnostische Verfahren. Diese „qualitative“ oder „implizite“ Diagnostik (Laireiter, 2003) kann als der Prozess beschrieben werden, in dem Therapeuten ständig Hypothesen entwickeln, in Gedanken evaluieren, ihre Annahmen überprüfen und adaptieren und darauf aufbauend Therapie und Interventionen planen. Insofern ist die Trennung von „Diagnostik“ und „(Psycho)therapie“ künstlich und bildet nicht die Realität des Prozesses ab. Dennoch wird im Berufsalltag der Psychotherapie eine klare Unterscheidung zwischen der Psychotherapie auf der einen und der Psychologischen Diagnostik auf der anderen Seite vorgenommen. Und der Einsatz von klinisch-psychologischen Verfahren wird häufig besonders kritisch gesehen, oft aber undifferenziert. – Das durchaus schwierige Verhältnis zwischen psychologischer Diagnostik und Psychotherapie wird sehr anschaulich von Adornetto & Schneider (2009) dargestellt. Speziell zur Familiendiagnostik schreibt Käßler (2008, S. 225) ganz unumwunden: „Ein ... Manko betrifft das Nutzungsverhalten der klinisch-praktisch Tätigen, welche von den ... nicht üppigen, aber doch in gewissem Umfang vorhandenen ... Verfahren, die zumindestens basalen Qualitätsstandards genügen, zu wenig Gebrauch machen.“²

² Die Trennung zwischen Psychologischer Diagnostik und Psychotherapie erinnert an den „Therapeutische Nihilismus“ der Wiener Medizinischen Schule, die der heilenden Wirkung vieler Medikamente skeptisch gegenüberstand und anatomischen Studien den Vorzug gab. – Der Begriff wurde von dem Wiener Mediziner Joseph Dietl (1804-1878) geprägt; siehe dazu Eckart (2009). – Überspitzt könnte man im hier besprochenen Falle von „Diagnostischem Nihilismus“ sprechen.

Die Problematik des Verhältnisses wird klarer, wenn man die Definition von Psychologischer Diagnostik (siehe etwa Kubinger, 2009; Kubinger & Jäger, 2003), sowie von Psychotherapie gegenüberstellt.

Psychologisches Diagnostizieren wird zum Beispiel von Kubinger (1996, S. 1) definiert als ein Prozess, „der unter Zuhilfenahme verschiedener Instrumente (Verfahren) zielgerichtete Informationen über psychologische (psychische) Eigenschaften des in Betracht stehenden Menschen gewinnen will“. Die Funktion von Psychologischer Diagnostik besteht somit vor allem darin, Verfahren und Methoden zur Verfügung zu stellen, mit deren Hilfe (reliable und valide) Zustandsbeschreibungen möglich werden. Diagnostik dient dann zum Beispiel zur Einschätzung der im konkreten Fall sinnvollen Interventionen. Aus dieser Funktion leiten sich auch die Merkmale ab, die taugliche Instrumente der psychologischen Diagnostik haben müssen.

Eine Definition, die einen ganz anderen Schwerpunkt setzt, bieten Krohne & Hock (2007, S. 1): „Psychologische Diagnostik ist eine *Methodenlehre* innerhalb der Psychologie, bildet damit also einen Bereich z.B. mit der Statistik oder der Versuchsplanung“. Eine Definition klinisch-psychologischer Diagnostik findet sich etwa bei Laireiter: „Klinisch-psychologische Diagnostik hat ihren Schwerpunkt in der Störungsbeschreibung und Störungs- und Problemanalyse sowie der Quantifizierung von Ausprägungen und Merkmalen und in der Veränderungsdiagnostik“ (Laireiter, 2003, S. 31).

Diese beiden letzten Begriffsfestlegungen bieten keine Ansatzpunkte, um daraus eine Funktion ableiten zu können, die Psychologische Diagnostik für Psychotherapie haben könnte. Besonders eine Diagnostik, die sich als Methodenlehre versteht, ist von der Selbstdefinition der meisten Psychotherapeuten weit entfernt. Man kann angesichts der divergierende Auffassungen von Diagnostik aber auch feststellen: Wenn Psychotherapeuten (klinisch-)psychologischer Diagnostik reserviert gegenüberstehen, welcher Auffassung von Diagnostik haben sie dann Vorbehalte gegenüber? Das Feld der Diagnostik selbst ist ja recht heterogen.

In jedem Falle soll sie aber im psychotherapeutischen Prozess eine Rolle spielen. Im Österreichischen „Bundesgesetz über die Ausübung der Psychotherapie (Psychotherapiegesetz)“ (BGBl. 361/1990) lautet die Definition von Psychotherapie:

„Die nach einer allgemeinen und besonderen Ausbildung erlernte, umfassende, bewusste und geplante Behandlung von psychosozial oder auch psychosomatisch bedingten Verhaltensstörungen und Leidenszuständen mit wissenschaftlich-psychotherapeutischen Methoden in einer Interaktion zwischen einem oder mehreren Behandelten und einem oder mehreren Psychotherapeuten mit dem Ziel, bestehende Symptome zu mildern oder zu beseitigen, gestörte Verhaltensweisen und Einstellungen zu ändern und die Reifung, Entwicklung und Gesundheit des Behandelten zu fördern.“ Wie von Stumm & Wirth (1994) weiter ausgeführt, handelt es sich bei Psychotherapie also nicht nur um ein Heilverfahren, sie kann auch selbsterfahrungs- oder wachstumsorientiert sein sowie präventiv eingesetzt werden.

Aus den Definitionen von Psychologischer Diagnostik und Psychotherapie ergeben sich Unterschiede, aber auch Gemeinsamkeiten. Die Gemeinsamkeiten kann man aus dem griechischen Wort „diagnoskein“ ableiten, das „eine kognitive Funktion mit den Bedeutungen ‚gründlich kennen lernen‘, ‚entscheiden‘ und ‚beschließen‘“ (Amelang & Schmidt-Atzert, 2006, S. 2) beschreibt. Drei Verben, die sowohl auf den Prozess des psychologischen Diagnostizierens als auch auf die therapeutische Arbeit gut umzulegen sind. Beide Disziplinen implizieren weiter die Forderung nach Wissenschaftlichkeit beziehungsweise ein Vorgehen mittels wissenschaftlich-fundierter, zielgerichteter Methoden. Während aber in der Psychologischen Diagnostik definitionsgemäß der Focus auf der Erhebung von Zuständen, Unterschieden oder Veränderung liegt, konzentriert sich der Großteil der Psychotherapeutischen Arbeit auf die Linderung oder Heilung von Leiden oder die Weiterentwicklung von Persönlichkeit. Diagnostik passiert hier, wie bereits erwähnt, häufig „nebenbei“, eingebettet in den Prozess der therapeutischen Arbeit.

In dieser Arbeit wird unter Psychologischer Diagnostik im Rahmen von Psychotherapie die Anwendung von psychologisch-diagnostischen Verfahren zu Beginn einer Psychotherapie verstanden. Eine Anwendung also, die im Idealfall Therapeuten helfen kann, durch den sich ergebenden Befund, Ideen für Hypothesen und Informationen über das System zu bekommen (Indikationsdiagnostik); sie wird aber auch Effekte auf die Klienten haben. Die Konzentration liegt hier also auf der Psychologischen Diagnostik in der Form, wie sie direkt und unmittelbar auf den therapeutischen Prozess wirkt und nicht auf Anwendungen etwa im Rahmen von

Forschungsprojekten zur generellen Therapieevaluation oder von Leistungstestungen zu Beginn einer psychiatrischen Intervention.

Die Vorurteile betrachtend, die mitunter innerhalb der Psychotherapie gegenüber der Anwendung der Psychologischen Diagnostik herrschen, sei hier noch kurz die Frage behandelt, warum es überhaupt wichtig sein könnte, sich mit den Effekten von Psychologischer Diagnostik auf den Psychotherapeutischen Prozess zu befassen. Schließlich leben die meisten Psychotherapeuten ja ein gutes und erfolgreiches therapeutisches Leben ohne die Anwendung psychologisch-diagnostischer Verfahren. Ohne hier den verwandten Bereich der „evidence based medicine“ zu strapazieren, sei auf eine zwar nicht neue, aber nicht minder spannende Arbeit von Jick (1979) und den Begriff der „Triangulation“ verwiesen. Bei dieser Forschungsstrategie geht es um die Verbindung verschiedener (insbesondere qualitativer und quantitativer) Methoden, um einen Aspekt systematisch unter unterschiedlichen Blickwinkeln zu erforschen. Umgelegt auf die dargestellte Thematik geht es also darum, den therapiesuchenden Klienten und seine Problematik nicht nur durch die herkömmliche diagnostische Brille zu sehen, sondern das eigene Repertoire um die Möglichkeit des Offenseins für Ergebnisse psychologisch-diagnostischer Verfahren zu erweitern und auch sich selbst neue diagnostische Sichtweisen zu ermöglichen.

2.1. Die Anwendung von psychologisch-diagnostischen Verfahren in der Psychotherapie

Der Einsatz von psychologisch-diagnostischen Verfahren kann und soll in der psychotherapeutischen Praxis selbstverständlich nicht das Gespräch ersetzen (Scholz, 1978), es wird jedoch oft angenommen, ein gründliches Erstgespräch würde den Einsatz von psychologisch-diagnostischen Verfahren erübrigen und sei diesen hinsichtlich Effizienz und Akzeptanz überlegen. Ein Blick in den Bereich der Klinischen Psychologie zeigt, dass auch dort freie Interviews als die am häufigsten angewendeten diagnostischen Strategien angeführt werden, knapp gefolgt von Verhaltensbeobachtungen und erst an dritter Stelle die Anwendung von Tests folgt (Thielsch, Brandenburg & Kanning, 2012).

Im Gegensatz zu diesen Annahmen und Praktiken zeigt eine Studie von Suppiger et al. (2009), dass strukturierte Interviews eine hohe Akzeptanz sowohl bei Patienten

als auch bei Anwendern aufweisen und von diesen als hilfreich angesehen werden. Argumente, die sich vorwiegend auf Ökonomie und Zumutbarkeit beschränken, halten der Realitätsprüfung also wenig stand. Nur wenige Studien befassen sich mit Effizienz, Akzeptanz und tatsächlicher Anwendung von Psychologischer Diagnostik in der Psychotherapie. Zu den Auswirkungen der Anwendung konnten überhaupt keine gefunden werden. In einer Untersuchung von Bölte et al. (2000) wurden Kinder- und Jugendpsychiatrische Einrichtungen in Deutschland zu ihrem Einsatz und ihrer Einschätzung psychologisch-diagnostischer Verfahren befragt. Aufgrund der in kinderpsychiatrischen Settings üblichen schwerpunktmäßigen Untersuchung von Intelligenz- und neuropsychologischen Faktoren, neben Persönlichkeitsstrukturen, wurde in dieser Untersuchung allerdings vorwiegend der Einsatz von Intelligenz- und Leistungstests rückgemeldet. Negativ äußerten sich die Einrichtungen vorwiegend über projektive Verfahren (häufig mit der Begründung des mangelnden theoretischen Hintergrundes) sowie über Verfahren, deren Gütekriterien als ungenügend oder die Normen veraltet wahrgenommen wurden. Ein Mangel an Ökonomie wurde ebenfalls als Grund der Ablehnung von Verfahren geäußert. (Eine Übersicht zu den Vorzügen und Mängeln der häufigsten angewendeten Testverfahren findet sich bei Kubinger [1997].) Testanwender waren in der Studie von Bölte et al. vorwiegend klinische Psychologen. Eine bereits ältere Studie von Wade et al. (1978) ebenfalls unter klinischen Psychologen fand eine starke Befürwortung Projektiver Tests, allerdings in Abhängigkeit vom beruflichen therapeutischen Hintergrund. Auch andere Studien zum Einsatz und zur Akzeptanz psychologischer Testverfahren konzentrieren sich ausschließlich auf die Gruppe der diplomierten Psychologen (siehe etwa Muniz et al. (2001), Watkins et al. (1995)).

Die Konzentration auf die Anwendergruppe der klinischen Psychologen hat insofern ihre Berechtigung, als eben diese die Berufsgruppe darstellen, die für die Anwendung und Auswertung psychologisch-diagnostischer Verfahren ausgebildet ist und sie somit anwenden kann und soll. Zu wenig wird mit diesen Untersuchungen aber beleuchtet, wie Psychologen in der Doppelfunktion Psychologe-Psychotherapeut die Anwendung von diagnostischen Verfahren handhaben und auch wie Psychotherapeuten mit psychologisch-diagnostischen Hilfsbefunden verfahren. Also ob sie diese für ihre Arbeit nützlich empfinden und ob sie diese anfordern oder nicht.

Über den tatsächlichen Wert des Einsatzes psychologisch-diagnostischer Testverfahren für die tägliche Arbeit, ihre Anwendung im Rahmen der Psychotherapie sowie die Akzeptanz bei den Klienten dürfte unter praktisch tätigen Psychotherapeuten noch immer Unsicherheit bestehen. Beziehungsweise wurde diesem Thema noch nicht genügend Aufmerksamkeit geschenkt.

Immer wieder wird von praktizierenden Psychotherapeuten ein vages Gefühl der Unvereinbarkeit des Einsatzes strukturierter Verfahren mit ihrer therapeutischen Grundhaltung geäußert. Die Grundannahmen der Psychotherapie werden oft als unvereinbar mit psychologischer Diagnostik gesehen. Noch allgemeiner wird von Strauß (2006) das generelle Unwohlsein hinsichtlich der Ökonomisierung und Industrialisierung von Psychotherapie formuliert. Ob das Argument der Unvereinbarkeit für den Bereich der Systemischen Therapie berechtigt ist, soll später anhand der Grundlagen Systemischer Psychotherapie überprüft werden.

2.2. Psychologische Diagnostik zwischen Forschung und Praxis

Bisher wurden die offensichtlichen Funktionen psychologischer Diagnostik für den Behandlungsprozess benannt: Mit ihren Instrumenten (Verfahren) sollen zielgerichtete Informationen gewonnen werden (Kubinger, 1996), um reliable und valide Zustandsbeschreibungen zu bekommen, die für den Behandlungsprozess relevant sind.

Zuverlässigkeit und Gültigkeit sind in ihrer strengen Form primär Gütekriterien aus dem Forschungsbetrieb. Die Anwendung bestimmter Methoden (etwa Interviews) und Verfahren (z.B. schriftliche Befragung) und noch bestimmter Instrumenten (etwa einem standardisierten Erhebungsbogen) engt den Spielraum des Untersuchenden zugunsten der Zielgerichtetheit und der intersubjektiven Vergleichbarkeit zunehmend ein. Man kann – aus Sicht praktisch tätiger Therapeuten – einwenden, dass dieser Zugang möglicherweise für bestimmte Forschungsrichtungen geeignet ist, nicht aber für die Praxis therapeutischen Alltags geeignet ist.

Wie auch immer man zu diesen Argumenten stehen mag, eine Diagnose hat über die bisher benannten Funktionen noch eine weitere Leistung zu erbringen: Sie kann Verzerrungen vermeiden helfen oder ihnen vorbeugen.

Auch Therapeuten sind den üblichen Gefahren ausgesetzt, wie etwa dem „Confirmation bias“. Diese facettenreiche Tendenz (siehe dazu etwa Raymond & Nickerson, 1998), neue Ergebnisse so zu interpretieren, dass sie zu den bisherigen Erfahrungen passen, ist in vielen Zusammenhängen untersucht und festgestellt worden.

Das Gewicht der Bestätigungstendenz beziehungsweise des Bestätigungsfehlers wird noch durch „Overconfidence“ verstärkt; durch Expertentum, das sich in übersteigerter Selbstsicherheit äußert. Overconfidence kann als Prozess aufgefasst werden, bei dem neue Informationen sehr schnell in vorhandene Wissensstrukturen übernommen werden. Dieser Bias wirkt sich so aus, dass systematisch vorwiegend solche Indikatoren wahrgenommen werden, die zu den eigenen Annahmen passen. Daher spricht man auch von einem „auto-verification effect“ (Fiedler, Walther & Nickel, 1999).

Ein Beispiel für diesen Bias liefert eine Studie, in der die Entscheidungen klinischer Psychologen auf Grund der Vorlage von Fällen untersucht wurden. Die Untersuchung kam zu dem Ergebnis: „... the judges' confidence ratings show that they became convinced of their own increasing understanding of the case“ (Oskamp, 1965, S. 264). Und der Autor folgert daraus: „So called clinical validation, based on the personal feelings of confidence of the clinician, is not adequate evidence for the validity of clinical judgment in diagnosing or predicting human behavior.“ (Oskamp, 1965, S. 265).

Welche Mittel gegen „mentale Tunnel“ könnten für praktisch arbeitende Therapeuten nützlich sein? Im Wesentlichen sind es vier: Zunächst einmal eine gute Ausbildung, in der diagnostische Gespräche vermittelt werden. Untersuchungen unterstützen die plausible Annahme, dass gute Gesprächsführung, die sich etwa durch offene Fragen auszeichnet, den Versuch, des Interviewers abmildern kann, vor allem nach bestätigenden Antworten zu suchen (Powell, Hughues-Scholes & Sharman, 2012). Die Strategie, nach Beobachtungen zu suchen, die den eigenen Annahmen widersprechen, wird schwerlich die ständige Praxis sein können. Begleiten kann und wird die ständige Praxis aber Supervision und Intervision; diese müssten auch in der Lage sein, die Suche nach Bestätigung zu hinterfragen. Die vierte Strategie: „Neutrale“ Befunde einholen, die methodisch angeleitet zustande gekommen sind und daher diese Verzerrung zurückdrängen können.

Die Darstellung möglicher Verzerrungseffekte muss, auch wenn sie möglichst kurz gehalten wird, noch auf eine andere, reflexive Ebene gehoben werden: Die Präsentation von Ergebnissen psychologischer Diagnostik müsste, einschlägigen Forschungen zufolge bei Therapeuten einen „Hindsight Bias“ auslösen. Dieser „I-knew-it-all-along-Effekt“ geht auf die Arbeiten von Fischhoff (1975) zurück und bezeichnet einen Rückschaufehler: Man findet Ergebnisse, die einem präsentiert werden als selbstverständlich oder nicht erstaunlich. Dieser Bias ist eng mit der vorher beschriebenen Selbstsicherheit verknüpft und wurde daher ebenfalls bei Experten festgestellt. Dass dieser Mechanismus sehr stabil sein dürfte, darauf weisen etwa die Arbeiten von Mazursky und Ofir hin, die versucht haben, ein einschränkendes Modell zu entwickeln und zu dem Schluss kommen: „In sum, the review of the findings and mechanisms underlying biases in this field suggests that hindsight bias is probably the most frequent bias in retrospective judgments.“ (Mazursky & Ofir, 1994).

Auf die praktischen Auswirkungen dieser Überlegungen wird in dem Kapitel, das sich mit den Effekten psychologischer Diagnostik auf Therapeutenebene beschäftigt, näher eingegangen.

3. Grundlagen Systemischer Psychotherapie

Zur Systemischen Psychotherapie gibt es umfangreiche Literatur. Es seien hier nur beispielhaft die Arbeiten von Ludewig (1992), Schlippe & Schweitzer (2010; 2002), Schweitzer et al. (1992), Steiner et al. (1994) genannt sowie die Untersuchungen zur Effektivität und Effizienz systemischer Therapie durch Sydow et al. (2007) beziehungsweise zur Paartherapie von Klann et al. (2011).

Die Systemische Psychotherapie hat sich über lange Zeit entwickelt und viele Einflüsse integriert (Jungbauer, 2009), so dass es unterschiedliche Strömungen mit unterschiedlichen Schwerpunkten gibt. Für die Frage nach möglichen Auswirkungen psychologisch-diagnostischer Verfahren auf die Systemische Psychotherapie seien hier einige wichtige Aspekte der Systemisch-therapeutischen Denkweise ausgeführt.

3.1. Systemische Grundannahmen

3.1.1. Konstruktivismus

Einen wesentlichen Grundpfeiler Systemischer Therapie stellt die sozial-konstruktivistische Denkweise dar. Der „soziale Konstruktivismus“ geht – wenn man eine Gemeinsamkeit zwischen den sehr unterschiedlichen Auffassungen herstellen will – davon aus, dass es keine „objektive Realität“ gibt, sondern Menschen, besonders durch ihre Sprache, Realität ständig selbst konstruieren und nur ihre Sicht der Realität handlungswirksam ist. Handlungen, Erlebnisse und Wahrnehmungen werden über Sprache vom Individuum geordnet und mit Sinn versehen; so konstruiert es sich selbst und seine Umwelt. Mit dieser Grundidee geht auch einher, dass Dinge aus ganz unterschiedlichen Perspektiven betrachtet werden können und es so nicht sein muss oder auch nicht sein kann, dass Klient und Therapeut einen Sachverhalt gleich sehen. Es kann nur versucht werden, eine gemeinsame Sprache zu finden und zu einem gemeinsamen Verstehen zu kommen – die Sichtweisen also möglichst gut einander anzunähern. Dabei gilt: Es gibt keine Beobachtung ohne Beobachter, das heißt der Therapeut verändert die Situation durch seine Beobachtung und seine Interventionen; seine Beschreibung des Zustandes des Klientensystems sind nur Annahmen, die er für seine Arbeit braucht. Der moderne systemische Ansatz der Narrativen Therapie geht auf dieses Modell zurück.

3.1.2. Zirkularität

Eine weitere Grundannahme, die Zirkularität, beschreibt, dass das Verhalten eines Mitgliedes in einem System zugleich Ursache und Wirkung für das Verhalten von anderen Mitgliedern des Systems ist (siehe Sydow, 2007). Einseitige lineare Ursachenzuschreibungen sind somit lediglich Hilfskonstruktionen, die der komplexen Realität nicht gerecht werden.

3.1.3. Selbstorganisation

Menschliche Individuen sind im systemischen Verständnis der Theorie von Niklas Luhmann (o.J.) autopoietische Systeme. Das bedeutet, sie sind von außen nicht gezielt beeinflussbar. Therapeutische Interventionen können nur dann wirken, wenn sie sehr gut auf das Individuum abgestimmt sind, können dieses aber nicht direkt verändern. Dem Klienten obliegt es, was als Intervention aufgefasst wird und wie die Maßnahme aufgenommen und verarbeitet wird.

3.2. Therapeutische Grundhaltung

Angeschlossen an diese Überlegungen wird klar, warum die Systemische Psychotherapie den Therapeuten nicht als Experten zur Lösung für ein vom Klienten vorgebrachtes Problem sieht. Der Therapeut, als Experte für den Prozess, nicht aber für die Lösung, wird den Klienten bestmöglich begleiten und dabei Kategorisierungen und Pathologisierungen vermeiden. In einer systemischen Haltung des „Nicht-Wissens“ wird der Therapeut versuchen, so unvoreingenommen wie möglich und ohne vorgefasste Überzeugungen an den Klienten heranzugehen und versuchen, ein Verständnis für dessen subjektive Wirklichkeit zu entwickeln. Er muss sein Wissen so im Zaum halten, dass gemachte Erfahrungen nicht ungeprüft auf neue Situationen übertragen werden. – Um dies zu ermöglichen, gibt es, von einer entsprechenden Ausbildung abgesehen, drei Möglichkeiten: Selbstreflexion, Supervision und/oder angeleitete Diagnose.

Aus dem eben Genannten resultieren zwei weitere therapeutische Prämissen der Systemischen Therapie. Zum einen ist das die Klientenzentrierung – innerhalb der Systemischen Psychotherapie stehen das Interesse und die Sichtweise des Klienten im Mittelpunkt. Es soll nicht versucht werden, ein objektives Problem zu lösen, sondern den Klienten in seiner Gesamtheit, in seinem System zu sehen und ein

Verständnis für ihn zu entwickeln. Der Therapieauftrag muss vom Klienten getragen werden und sich an seiner subjektiven Problemsicht orientieren. Zum anderen ist es die Vergrößerung des Möglichkeitsraumes – Systemische Psychotherapie setzt es sich zum Ziel, den Möglichkeitsraum des Klienten zu erweitern, ihm in seinen Sichtweisen und Handlungsoptionen Spielräume zu eröffnen und auch die Option zu entwickeln, Dinge anders betrachten zu können, ihnen einen anderen Rahmen geben (wie das vor allem aus dem Neurolinguistischen Programmieren bekannte „Reframing“).³

3.3. Systemisches Setting und Methoden

In seiner Arbeit steht dem Systemischen Psychotherapeuten ein breites Repertoire an Methoden zur Verfügung. Diese reichen vom Systemischen Fragen (beispielsweise Zirkuläres Fragen in der Diagnosephase oder Fragen zur Wirklichkeitskonstruktion) über darstellende Techniken (Familienskulptur, Genogramm, Familienbrett) bis hin zur Arbeit mit dem Reflecting Team. Settingveränderungen, auch hinsichtlich der in Therapie anwesenden Personen, sind grundsätzlich möglich. So können Einzeltherapien um die Perspektive des Partners erweitert werden, es kann Einzeltherapie in Gegenwart des Partners stattfinden (Brandl-Nebehay & Hinsch, 2010; Hinsch & Steiner, 1993) oder gemeinsam in Therapie kommende Paare oder Familien in getrennten Therapiesettings weiter geführt werden.

Ganz generell gilt in der Systemischen Therapie, dass nicht die Häufigkeit der Therapiesitzungen über den Therapieerfolg entscheidet. Die zugrundeliegende Idee ist, dass die Systemveränderung in der Therapie angestoßen wird und in der Zeit zwischen den Sitzungen nachwirkt beziehungsweise überhaupt erst wirksam wird. Lösungsorientierte Kurzzeittherapien und Settings mit größeren Abständen zwischen den Sitzungen sind demzufolge in der Systemischen Therapie die Methoden der Wahl.

³ Die Umdeutung wird hier bewusst am Ende dieses Abschnitts, quasi als Zusammenfassung angeführt, da wahrscheinlich alle Therapieansätze mit der Veränderung der „inneren Landkarte“ arbeiten (Simon & Stierlin, 1984, S. 370).

4. Systemische Diagnostik

Einige Aspekte der Psychologischen Diagnostik sind, auf den ersten Blick, schwer oder sogar nicht vereinbar mit den Konzepten der Systemischen Psychotherapie und der ihr zugrundeliegenden Epistemologie. Fasst man klinisch-psychologische Diagnostik vorwiegend als Störungs- und Problemanalyse sowie Quantifizierung von Merkmalsausprägungen (Laireiter, 2003) auf, so wird klar, dass die beschriebene Konzentration auf Störungen, Probleme und Quantifizierungen Systemischem Denken widerspricht.

Neben etwa dem kritischen Aspekt der Problemzentrierung ergibt sich speziell für die Paardiagnostik die Schwierigkeit, dass eine Problemanalyse bei Beziehungen ungleich komplexer ist als für die Individualdiagnostik (wie etwa Persönlichkeits- oder Leistungsdiagnostik). Erstens nimmt die Komplexität der beobachtbaren Prozesse bei der Untersuchung von mehr als einer Person stark zu, zweitens existieren wenige Konzepte, die Aussagen darüber treffen, wie etwa eine „normale“ Paarbeziehung funktioniert oder wie konkret Beziehungsstrukturen in Familien auszusehen haben. Es gibt kein empirisch gesichertes Klassifikationssystem zu „gestörten“ familiären Beziehungen (Sydow, 2007) und es ist auch nicht das Ziel, wie etwa zu Beginn der Einbeziehung von Familienmitgliedern in die Psychotherapie in den 40er Jahren das Modell der „pathogenen Mutter“, bestimmte Familienkonstellationen zu pathologisieren.

Im Vergleich zu der Anzahl und dem Differenzierungsgrad von Verfahren zur Individualdiagnostik führt die Beziehungsdiagnostik immer noch ein Schattendasein (Käppler, 2008). In vielen Testkatalogen oder Nachschlagewerken fehlt die Rubrik „Paar“- oder „Familiendiagnostik“ gänzlich.

Die Darstellung von Heekerens (1990) einiger familiendiagnostischer Verfahren zeigt Probleme gängiger Verfahren (etwa *FACES*⁴ oder *FES*⁵) auf, die sich als wenig reliabel und valide erweisen und thematisiert das Problem der Erhebung von Sichtweisen von mehrgenerationalen Systemen.

⁴Family Adaptability and Cohesion Evaluation Scales (Olson, Portner & Bell, 1982)

⁵ Family Environment Scale (Moss & Moss, 1994)

Nichtsdestotrotz existieren für Familien und Paare einige psychologisch-diagnostische Verfahren mit verschiedenen Schwerpunkten, die im Rahmen einer Familien- oder Paarberatung eingesetzt werden können (Cierpka, 2000). Zu diesen Verfahren zählen etwa die Paardiagnostik mit dem Gießen-Test (Brähler & Brähler, 1997), der Familien-Beziehungs-Test (Howels & Lickorish, 1989), die Verzauberte Familie (Kos & Biermann, 2002), das Familienbrett (Ludewig, 2000), das Subjektive Familienbild (Mattejat, 1994), die Familienbögen (Cierpka & Frevert, 1994), der Familiensystemtest (Gehring, 1998) und der Familien-Identifikations-Test (Remschmidt & Mattejat, 1999) (siehe zu familiendiagnostischen Verfahren zum Beispiel auch Benninghoven, Cierpka & Thomas, 2003 und Thomas, 2003). Einige dieser Verfahren verfügen sogar über einen speziell therapeutischen Hintergrund, wie etwa der Gießen-Test (Beckmann, Brähler & Richter, 1990) oder das Familienbrett (Ludewig, Pflieger, Wilken & Jakobschötter, 1983). Ein Überblick über familientherapeutische Diagnoseverfahren findet sich zum Beispiel bei Schiepek (1999, S. 77ff).

4.1. Überblick über Paardiagnostische Verfahren

Die existierenden paardiagnostischen Fragebögen und Verfahren haben unterschiedliche theoretische und schulenspezifische Hintergründe. Dieser Abschnitt soll eine kurze Übersicht über einige dieser Verfahren geben, um die eigene Studie in einen entsprechenden Vergleichsrahmen zu stellen. Die Auswahl der vorgestellten Verfahren muss subjektiv bleiben, da der Autorin keine Untersuchung über die am häufigsten angewendeten Verfahren im Rahmen von paardiagnostischen Fragestellungen bekannt ist. Eine weitere Auswahl an paardiagnostischen Verfahren findet sich zum Beispiel bei Amelang & Schmidt-Atzert (2006), auch dort ist die Auswahl allerdings subjektiv. Es sollen hier sowohl gängige, altbewährte Verfahren als auch neuere oder innovative Ansätze vorgestellt werden. Die Auswahl beschränkt sich auf im deutschsprachigen Raum anwendbare Verfahren.

4.1.1. Der Gießen-Test für Paare

Der Gießen-Test (Beckmann, Brähler & Richter, 1990) ist seit 1990 in seiner vierten Version publiziert. Er war ursprünglich als Individualtest konzipiert. Seit 2012 gibt es den Gießen-Test II (Beckman, Brähler & Richter, 2012), der an einem größeren

Altersbereich neu normiert wurde und hinsichtlich Auswertung und Gestaltung vereinfacht und zeitgemäß überarbeitet wurde.

Der Gießen-Test ist ein Papier-Bleistift-Verfahren, das aus 40 Items besteht, die den Skalen „Soziale Resonanz“ (negativ sozial resonant vs. positiv sozial resonant), „Dominanz“ (dominant vs. gefügig), „Kontrolle“ (unterkontrolliert vs. zwanghaft), „Grundstimmung“ (hypomanisch vs. depressiv), „Durchlässigkeit“ (durchlässig vs. retentiv) und „Soziale Potenz“ (sozial potent vs. sozial impotent) zugeordnet sind. In der Variante für Paare (Brähler & Brähler, 1997) erfolgt neben der Selbstbeurteilung auch die Fremdbeurteilung des Partners. Man erhält somit ein Profil, auf dem die jeweilige Selbsteinschätzung der beiden Partner, sowie die Fremdeinschätzung durch den jeweils anderen abzulesen ist.

In der graphischen Darstellung lassen sich leicht Symmetrie beziehungsweise Komplementarität sowie der Grad der Bestätigung beziehungsweise des Widerspruchs in den Einschätzungen der Partner erkennen. Die Vorgabe an Paaren wurde in zahlreichen Stichproben und unter unterschiedlichsten Fragestellungen erprobt (siehe etwa Neraal, Meyer & Brähler, 1983 oder Hinz, Stöbel-Richter, Brähler & Kubinger, 2009). Auch eine Zuordnung zu verschiedenen Paartypen bzw. Paarprofilen ist mittels des Gießen-Tests für Paare möglich (Kubinger, Alexandrowicz, Punter & Brähler, 2003).

4.1.2. Das Familienbrett

Das Familienbrett wurde 1978 von Kurt Ludewig zur Diagnostik von Paaren, Familien oder anderen Gruppen entworfen (Ludewig K., 2000). Bei diesem Verfahren werden die Personen aufgefordert, die Familien- beziehungsweise Gruppenmitglieder sowie ihre Beziehungen zueinander mittels Holzfiguren auf dem Brett darzustellen.

Für die Diagnostik relevante Aussagen liefern verschiedene Variablen, wie etwa die Entfernung der aufgestellten Figuren, die Blickrichtungen, die Reihenfolge der Aufstellung und die Gestalt der Anordnung. Das Familienbrett ist kein normatives Testverfahren, sondern ein qualitatives Verfahren, das (im therapeutischen Einsatz) Interventionscharakter hat und ein Kommunikationsmittel darstellt. Auch wenn das Familienbrett häufig zur Darstellung mehrgenerationaler Systeme beziehungsweise von Systemen mit mehr als zwei Beteiligten dient, gehört es dank seiner Bedeutung für die Systemische Therapie in diese Aufzählung.

Nicht zuletzt ist diese Methode auch deshalb erwähnenswert, weil sie, wie auch andere Interventionen, etwa Aufstellungen, auf die Grundideen der Soziometrie von Jakob L. Moreno zurückgreift, die er (ebenso wie das Psychodrama) ab 1912 entwickelt und ab 1937 publiziert hat. Auf diese Zusammenhänge weist Ludewig kurz hin (Ludewig, Pflieger, Wilken & Jakobskötter, 1983, S. 236).

4.1.3. Der Fragebogen zu Angebot und Nachfrage in Partnerschaften

Im Fragebogen zu Angebot und Nachfrage in Partnerschaften (Pfundner, 1997; Simader-Hunek, 2004) können die Partner getrennt voneinander aus einer Liste von 50 Aussagen im Q-Sort-Verfahren auswählen, welche Aspekte partnerschaftlichen Zusammenlebens sie besonders vom Partner erwarten (Nachfrage) beziehungsweise welche Aspekte sie selbst zu geben bereit sind (Angebot).

Die abgefragten partnerschaftlichen Aspekte beziehen sich auf die Dimensionen: Sicherheit/Stabilität; Liebe/Zugehörigkeit/Sexualität; Achtung/Anerkennung; Freiheit/Individualität; Geschmack/Ordnung; Rollenverteilung; Kommunikationsstil in der Partnerschaft; Umgang mit Konflikten/Auseinandersetzungen/Konfliktverhalten; Akzeptanz/Eingehen auf den Partner/Toleranz; Einfühlung/Verständnis; Hilfe/Unterstützung; Gemeinsamkeit; Kinder. Die Partner werden in diesem Fragebogen aufgefordert, sich mit ihren eigenen Ansprüchen auseinanderzusetzen. Unrealistische Erwartungen an den Partner und häufige Enttäuschungen der eigenen Ansprüche sind mit einer geringeren Beziehungsqualität assoziiert (Wunderer, 2005).

Durch die besondere Vorgabe des Q-Sort-Verfahrens, bei dem die einzelnen Antworten in Kategorien subjektiver Wichtigkeit zugeordnet werden müssen, wird vermieden, dass von den Testpersonen pauschal alle Antworten als »sehr wichtig« kategorisiert werden. Die Testpersonen sind somit gezwungen, sich mit den Aussagen insoweit auseinanderzusetzen, dass sie diese gegeneinander abwägen und in ihrer subjektiven Priorität ordnen. Das generell und hier besonders, aufgrund der umfangreichen Aussagenliste, schwierige Q-Sort-Verfahren erfordert eine große Bereitschaft, sich mit den Inhalten gründlich zu befassen und stellt hohe kognitive Anforderungen an die Testperson.

Die Auswertung erfolgt deskriptiv in der Zusammenschau der inter- sowie intraindividuellen Differenzen zwischen Angebot und Nachfrage.

4.1.4. Der Fragebogen zur Partnerschaftsdiagnostik

Der Fragebogen zur Partnerschaftsdiagnostik (Hahlweg, 1996) setzt sich aus drei Instrumenten zusammen: dem Partnerschaftsfragebogen (PFB), der Problemliste (PL) und dem Fragebogen zur Lebensgeschichte und Partnerschaft (FLP).

Während der FLP der allgemeinen Anamneseerhebung dient, werden mittels der PL speziell die Konfliktherde in der Beziehung erhoben. Der PFB ist ein standardisierter Fragebogen zur Bestimmung der partnerschaftlichen Qualität, der aus 30 Items (plus einem Item zur globalen Glückseinschätzung) besteht. Die Skalen des PFB sind „Streitverhalten“, „Zärtlichkeit“ und „Gemeinsamkeit/Kommunikation“.

Der Fragebogen zur Partnerschaftsdiagnostik kann in der Paartherapie unter anderem zur Prozesskontrolle und Therapieevaluation eingesetzt werden. Es liegen Vergleichsdaten von Paaren, die mit ihrer Beziehung zufrieden sind, sowie von solchen, die sich in einer Eheberatung befinden, vor. Vor allem die Problemliste (PL) ist für Veränderungen im Laufe einer Paartherapie sensitiv.

4.1.5. Die Paarklimaskalen

Die Paarklimaskalen (Schneewind & Kruse, 2002) existieren in einer Kurzversion mit 24 Items und einer Langversion mit 54 Items. Mit der Kurzversion können Auswertungen auf den drei Globalskalen „Verbundenheit“, „Unabhängigkeit“ und „Anregung/Aktivität“ erhoben werden. Differenzierter kann das Paarklima durch die Langversion erfolgen: Sie enthält die Skalen „Zusammenhalt“, „Offenheit“, „Konfliktneigung“, „Selbstständigkeit“, „Leistungsorientierung“, „kulturelle Orientierung“, „aktive Freizeitgestaltung“, „Organisation“ und „Kontrolle“.

Auch die Paarklimaskalen eignen sich für Paartherapie, Evaluation der Therapie aber auch für die beziehungspsychologische Grundlagenforschung (Wunderer, Schneewind, Grandegger & Schmid, 2001).

4.1.6. Die Deutsche Version des Quality of Relationship Inventory

Das Quality of Relationship Inventory (QRI) (Pierce G. R. et al., 1997; Pierce, Sarason & Sarason, 1991) ist ein Fragebogen mit 25 Items zur Erhebung der erlebten Beziehungsqualität von nahen Beziehungen. Das QRI konzentriert sich dabei auf die Unterstützung, die in intimen Beziehungen erlebt wird, auf die

Wahrnehmung von Konflikten, also inwieweit die Beziehung Konflikte, Ärger oder Ambivalenz erzeugt, sowie auf die erlebte Wichtigkeit der Beziehung. Das QRI, das vorwiegend im US-amerikanischen Raum angewendet wird, wurde von Reiner et al. (2012) an einer deutschen Stichprobe normiert und in seiner 3-Faktoren-Struktur (Unterstützung, Konflikte, Wichtigkeit) für die deutsche Normstichprobe bestätigt.

Dieses Instrument ist insofern wichtig, als damit nicht nur die Untersuchung des Erlebens von Beziehungsqualität mit dem QRI im deutschsprachigen Raum möglich wird, sondern auch internationale und kulturelle Vergleiche möglich werden. – So gibt es etwa eine japanische Version des Instruments (Nakano et al., 2002) oder eine an der Medizinischen Fakultät Charité in Berlin abgefasste Dissertation, die sich auf diese Untersuchungen bezieht (Gauger, 2012). Thema dieser Studien ist die soziale Unterstützung von Frauen während der Schwangerschaft. – Bis jetzt fehlen allerdings Untersuchungen an Paaren, die sich einer Paartherapie unterziehen.

5. Funktionen Psychologischer Diagnostik in der Paartherapie

Nach der Darstellung von Aspekten sowohl der Psychologischen Diagnostik als auch der Systemischen Psychotherapie soll im Folgenden näher darauf eingegangen werden, welche Funktionen und Auswirkungen Psychologische Diagnostik, genauer gesagt die Anwendung psychologisch-diagnostischer Verfahren und Instrumente auf den therapeutischen Prozess tatsächlich haben kann.

Mögliche Auswirkungen des Einsatzes psychologischer Diagnostik vor dem psychotherapeutischen Erstgespräch sollen anhand von Befunden in der Literatur und eines durchgeführten praktischen Feldexperimentes diskutiert werden. Sowohl den psychotherapeutischen Prozess befördernde als auch möglicherweise störende Einflüsse sollen dargestellt werden. Auch wenn hier kein Anspruch auf Vollständigkeit erhoben werden kann und die folgende Auswahl nur subjektiv ist, so soll doch versucht werden, die wesentlichen Aspekte des Einsatzes psychologisch-diagnostischer Verfahren im Zuge von Psychotherapie abzudecken.

Die Einflüsse auf das Therapiegeschehen werden zunächst auf Klientenebene und anschließend auf Therapeutenebene betrachtet. Auch wenn diese Unterteilung insofern eine künstliche ist, als sich die beiden Ebenen zirkulär im Rahmen von psychotherapeutischen Prozessen beeinflussen und gegenseitig bedingen, soll an dieser Stelle doch versucht werden, die unterschiedlichen Aspekte schwerpunktmäßig einer der beiden Ebenen zuzuordnen, um eine bessere Übersichtlichkeit und Gliederung zu ermöglichen.

5.1. Einflüsse auf Klientenebene

5.1.1. Therapiebeginn

Eine Psychotherapie nicht mit einem Erstgespräch beginnen zu lassen, sondern mit einem Termin, zu dem einem Paar psychodiagnostische Verfahren vorgegeben werden, erzeugt einen anderen Prozessbeginn. Statt der menschlichen Begegnung mit dem Therapeuten wird den Klienten eine Auswahl an schriftlichen Verfahren präsentiert.

Zunächst ist festzustellen, dass die Klienten, die sich zu einer Paarberatung entschließen, wahrscheinlich eben das wollen: eine Paarberatung, nicht eine Fragebogenuntersuchung. – Wie konkret die Erwartungen an und die Vorstellungen

von einer Therapie sind, wird allerdings vom Informationsgrad der Hilfe Suchenden abhängen. – Häufig ist der Leidensdruck groß und meist fällt die Entscheidung zu einer Psychotherapie ohnehin nicht leicht. Angesichts dessen liegt die Sorge nahe, dass Klienten die Vorgabe eines Fragebogens als „Verzögerung“ der eigentlichen Therapie sehen, sich abgeschreckt fühlen oder diese ablehnen. Das eigentliche Erstgespräch wird durch einen Diagnostiktermin nach hinten verlagert. Auch wenn der Termin in der Wartezeit stattfindet, die ohnehin verstreichen würde, bis für das Paar ein Erstgesprächstermin frei wird, so stellt die Diagnostik für Klienten eine Zäsur dar, die etwas mit ihnen macht.

Das vielleicht Unbefriedigende an einem Diagnostiktermin, das Zurückgeworfenwerden auf sich selbst, das Sich-auseinandersetzen-müssen mit eigenen Annahmen und Schwierigkeiten, kann aber auch im Sinne der in letzter Zeit viel thematisierten Achtsamkeit gesehen werden (zum Beispiel Zwack, 2012). Die Auseinandersetzung, die im Rahmen von psychologischer Diagnostik notwendig wird, gibt den Klienten die Möglichkeit, sich nicht gleich mitten in den Prozess zu werfen und nimmt den Druck, dass sofort etwas „getan“ werden muss. Sie regt vielmehr zunächst eine Innenschau an, die es ermöglicht, sich besser auf den kommenden Prozess einzulassen. – Genauer wird auf diese Aspekte unter dem Stichwort „Persönliche Reflexion“ in den folgenden Abschnitten eingegangen.

Hinsichtlich der thematisierten Befürchtungen, ein Diagnostiktermin könnte auf die Klienten enttäuschend oder demotivierend wirken, da er nicht das sei, worauf das Paar eigentlich warte, sei das Studienergebnis erwähnt, demzufolge sich Klienten mit und ohne Diagnostiktermin hinsichtlich ihrer Therapieabbrüche oder der vorzeitigen Beendigung der Therapie nicht voneinander unterscheiden, sondern im Gegenteil Klienten, bei denen zuvor ein Diagnostiktermin durchgeführt wurde, häufiger zum Erstgespräch erscheinen (Pittermann & Kubinger, 2011).

Ein Diagnostiktermin dürfte die Klienten also nicht so „nachhaltig enttäuschen“, dass sich dieses auf die Therapie auswirkt oder Klienten sich im Anschluss an den Termin gegen eine Therapie entscheiden beziehungsweise ein anderes Therapieinstitut aufsuchen.

5.1.2. Therapiefortschritt

Wesentliche Argumente, die für oder gegen den Einsatz psychologisch-diagnostischer Verfahren im Rahmen von Psychotherapie sprechen, sind Effektivität oder Nutzen eines solchen Einsatzes. Wie bereits weiter oben besprochen, stellt sich für manche Praktiker durchaus die Frage nach dem tatsächlichen Nutzen beziehungsweise dem Mehrwert, den der Einsatz von Diagnostischen Verfahren im Therapieverlauf bringen kann.

Ein Gradmesser für den Erfolg einer Psychotherapie ist beispielsweise in der Systemischen Psychotherapie, die sich als besonders klientenorientiert versteht, der subjektiv erlebte Therapiefortschritt.

In der Studie von Pittermann & Kubinger (2011) sind die Auswirkungen des Einsatzes psychologisch-diagnostischer Verfahren auf den Verlauf einer systemischen Paartherapie dargestellt. Hinsichtlich Therapiedauer und Abbruchquote unterscheiden sich Paare, bei denen vor Beginn der Therapie diagnostische Verfahren angewendet wurden, nicht von solchen Paaren, bei denen dies nicht geschah.

Hinsichtlich ihres erlebten Therapiefortschrittes stiegen die Paare, bei denen zuvor der Gießen-Test für Paare (Brähler & Brähler, 1997) sowie der Fragebogen zu Angebot und Nachfrage (Pfundner, 1997) angewendet wurden in ihrer Einschätzung des Therapiefortschrittes kontinuierlich an, während die Paare, bei denen die beiden Verfahren nicht angewendet wurden, einen deutlichen Einbruch des Therapiefortschrittes in der dritten Sitzung erlebten und erst in der vierten Sitzung wieder in ihrer Einschätzung anstiegen. Auf Therapeutenebene konnten keine Unterschiede hinsichtlich des erlebten Therapiefortschrittes zwischen beiden Gruppen beobachtet werden.

In der beschriebenen Studie zeigt sich also, dass Klienten einer Paartherapie, bei denen vor Therapiebeginn der Gießen-Test für Paare und der Fragebogen zu Angebot und Nachfrage vorgegeben wurden, schneller einen subjektiven Therapiefortschritt erlebten. Sie konnten die Therapie anscheinend früher für sich positiv nützen. Das Ergebnis muss mit aller nötigen Vorsicht betrachtet werden, beruht es doch lediglich auf der Untersuchung an einem Therapieinstitut, in dem speziellen Setting der Systemischen Paartherapie mit nur zwei Verfahren.

Auch wenn keine Generalisierung möglich ist, so zeigt das Ergebnis aber, dass der Einsatz von psychologisch-diagnostischen Verfahren eine durchaus positive Auswirkung auf den Therapieverlauf beziehungsweise Therapiefortschritt haben kann (zumindest aus Sicht der Klienten), die weiter untersucht werden sollte.

5.1.3. Psychologische Diagnostik in der Wartezeit auf einen Therapieplatz

Gerade bei Therapieplätzen, die von der Krankenkasse finanziert werden, müssen Klienten oft lange Wartezeiten in Kauf nehmen, bevor sie eine Therapie beginnen können.

Studien aus Deutschland berichten eine mittlere Wartezeit von 14,2 Wochen bis Therapiebeginn (Peikert et al., 2011). Zepf et al. (2001) geben die durchschnittliche Dauer bis zum Erstgespräch mit etwa 2,5 Monaten an. In einer Untersuchung von Bühring (Bühring, 2003) gibt die Mehrzahl der Psychotherapeuten eine Wartezeit bis zu 4 Monaten an.

Lange Wartezeiten können dazu führen, dass Klienten nicht zum Erstgespräch erscheinen (Hicks & Hickman, 1994) oder sich ihr Zustand durch die ausbleibende Behandlung verschlechtert (Focus online, 2011). Immer wieder werden deshalb Interventionen gesucht, die nicht nur die Compliance steigern, trotz Wartezeit zum Erstgespräch zu erscheinen, sondern darüber hinaus auch einen positiven Effekt auf die Befindlichkeit der Klienten beziehungsweise den späteren Therapieverlauf haben.

Über den Effekt von Interventionen innerhalb der Wartezeit auf eine Therapie gibt es bis jetzt keine klare Datenlage. Eine Untersuchung von Helbig (Helbig & Hoyer, 2007) zeigte, dass die Compliance hinsichtlich einer Minimalintervention in der Wartezeit zwar recht hoch war, deutlich positive Effekte der Intervention ließen sich aber nicht nachweisen.

Wenn in den Wochen von der Anmeldung bis zum Erstgespräch beziehungsweise bis zum Therapiebeginn ein Termin stattfindet, bei dem die Klienten psychologisch-diagnostische Verfahren vorgelegt bekommen, stellt dies im Vergleich zum Unterbleiben eines solchen Termins eine Intervention dar. In der Studie von Pittermann (Pittermann & Kubinger, 2012) hatte die Versuchsgruppe mit Diagnostiktermin zwar eine ebenso lange Wartezeit wie die Kontrollgruppe ohne

Diagnostiktermin, sie unterschied sich jedoch darin, dass eine höhere Zahl von Klienten zum Erstgespräch erschien.

Über die Ursachen der größeren Bereitschaft, nach einer diagnostischen Untersuchung zum Erstgespräch zu erscheinen, kann nur gemutmaßt werden. Denkbar ist, dass die Vorgabe diagnostischer Verfahren Klienten das Gefühl gibt, die Einrichtung beziehungsweise die in ihr arbeitenden Therapeuten seien, ungeachtet der Wartezeit, an ihnen interessiert und bemühen sich um sie.

Ein Diagnostiktermin stellt außerdem einen ersten Kontakt zu den Klienten her, bei dem diese Erfahrungen mit der Therapieeinrichtung machen, persönlichen Kontakt knüpfen und vielleicht Hemmschwellen abbauen.

Nicht zu unterschätzen ist sicherlich auch der Faktor, dass die Klienten in der Studie von Pittermann (Pittermann & Kubinger, 2012) aus organisatorischen Gründen die Rückmeldung der Ergebnisse in der ersten Therapiesitzung erhielten und eventuell auch zu dieser Sitzung erschienen, um (vor sich) den Aufwand des Diagnostiktermins zu rechtfertigen; vielleicht waren sie aber auch einfach an dem Befund interessiert.

Das Nützen der Zeit vor und zwischen Therapiesitzungen ist in der Systemischen Therapie eine durchaus anerkannte und übliche Methode. Das Geben von Hausaufgaben ist ein Beispiel für eine Intervention, die sich zu Hause, im Alltag der Klienten, außerhalb der Therapie abspielt (Bodenmann & Götz, 2012). Sie zielt darauf ab, die Zeit zwischen den Therapiesitzungen, etwa zur Erweiterung des Verhaltensrepertoires, zu nützen. Man kann auch die Ansicht vertreten, dass sich in diesen „Pausen“ zeigt, ob die Therapie überhaupt greift.

Die Wirksamkeit solcher Interventionen in den Zeiten zwischen den Therapiesitzungen wurde unter anderem von Kazantzis et al. (2010) nachgewiesen. Bestimmte Typen therapeutischer Hausaufgaben können dabei durchaus mit den Effekten psychologisch-diagnostischer Verfahren verglichen werden – etwa Selbstbeobachtungsübungen zur Steigerung der Selbstreflexion.

Zu dem Diagnostiktermin zu erscheinen bedeutet darüber hinaus schon ein erstes Commitment, dass der Klient bereit ist, an seiner Beziehung zu arbeiten und Arbeit in die Paartherapie zu investieren. Es ist bei den Partnern der Wille da, Zeit und

Energie in das Ausfüllen von Fragebögen zu stecken, weil sie sich davon positive Effekte erhoffen.

Die momentane Datenlage zeigt, dass sich Klienten durch die Vorgabe paardiagnostischer Verfahren dazu motivieren können, trotz längerer Wartezeit an die Therapieeinrichtung gebunden zu bleiben (Pittermann & Kubinger, 2012). Besonders für Einrichtungen mit langen Wartezeiten kann psychologische Diagnostik einen ersten Schritt darstellen, den Wartenden zu zeigen, dass man an ihnen als Klienten interessiert ist. Zugleich verlangt eine derartige Intervention den Klienten eine Investition ab, die sie offensichtlich auch lukriert sehen wollen.

Abschließend sei angemerkt, dass die Überlegungen zu den Effekten psychologischer Diagnostik in der Wartezeit auf einen Therapieplatz thematisch auch in den Abschnitt der Effekte auf Therapeutenebene gepasst hätten, da sich die „Treue“ einem Therapieinstitut gegenüber ja unmittelbar auf die therapeutische Arbeit auswirkt. Wie bereits erwähnt lässt die starke Verzahnung dieser beiden Ebenen, die den therapeutischen Interaktionsprozess widerspiegelt, eine klare Trennung nur analytisch zu.

5.1.4. Persönliche Reflexion

Das Ausfüllen eines Fragebogens beziehungsweise die Arbeit mit einem psychologisch-diagnostischen Verfahren wird in der Regel mit einer Art von persönlicher Reflexion einhergehen. Selbstverständlich kann es Ausnahmen geben, etwa wenn Maßnahmen im Rahmen eines Zwangskontextes mit dem Bearbeiten psychologisch-diagnostischer Instrumente verbunden sind oder Klienten massiv kognitiv oder affektiv eingeschränkt sind. Bei der Vorgabe von diagnostischen Instrumenten im Vorfeld einer (freiwilligen) Psychotherapie kann jedoch meist davon ausgegangen werden, dass die Klienten fähig und willens sind, sich mit sich und den Umständen, die sie in Therapie führen, auseinanderzusetzen.

Die Mechanismen, die im Zuge eines solchen Reflexionsprozesses ausgelöst werden, beziehungsweise die therapeutischen Funktionen die Psychologische Diagnostik haben kann (Brähler, Schumacher & Strauß, 2002), sollen im Folgenden näher beschrieben werden. Und selbstverständlich muss auch der Frage nachgegangen werden, welche möglichen Auswirkungen diese Reflexion auf den Therapieprozess haben kann.

5.1.4.1. Ressourcenorientierung

Gerade die der klinisch-psychologischen Diagnostik häufig angekreidete Störungs- und Problemfokussierung trifft in weiten Teilen nicht auf die Paardiagnostik zu. Selten geht es in Paardiagnostischen Verfahren um die Klassifizierung in beispielsweise „normale, funktionsfähige“ Paare und solche, die nicht einer derartigen Kategorie zuzurechnen sind. Vielmehr werden funktionale und dysfunktionale Prozesse innerhalb des Paarsystems beschrieben. Als Beispiele sind hier wahrgenommene Unterschiede in der Reziprozitätsbalance im Fragebogen zu Angebot und Nachfrage in Partnerschaften (Pfundner, 1997) zu nennen oder auch die Beschreibung der Skalen Streitverhalten, Zärtlichkeit, Gemeinsamkeit/Kommunikation im Fragebogen zur Partnerschaftsdiagnostik (Hahlweg, 1996).

Paare werden in paardiagnostischen Instrumenten mit verschiedensten Facetten ihres Paarlebens konfrontiert (siehe zum Beispiel die Primärskalen der Paarklimaskalen [Schneewind & Kruse, 2002]: Zusammenhalt, Offenheit, Konfliktneigung, Selbstständigkeit, Leistungsorientierung, kulturelle Orientierung, aktive Freizeitgestaltung, Organisation, Kontrolle). In der Auseinandersetzung mit diesen Bereichen werden sie in der Regel nicht nur auf dysfunktionale Aspekte stoßen, sondern auch Eigenschaften ihres Partners oder ihrer Beziehung begegnen, die sie schätzen. Das ist zumindest deshalb anzunehmen, da sich Paare, die solche Fragebögen zu Beginn einer Paartherapie ausfüllen, bis zu einem gewissen Maße noch für die zukünftige Entwicklung ihrer Partnerschaft interessieren.

Paardiagnostische Instrumente können hier helfen, eben nicht in eine „Problemtrance“ zu verfallen, indem sie ganz objektiv und unvoreingenommen, verschiedene Aspekte der Partnerschaft abfragen, ohne sich zu stark auf die von den Partnern vorgebrachten Beziehungsprobleme konzentrieren zu können.

Sie können so den Klienten helfen, ihren Blick auf die Partnerschaft wieder mehr zu öffnen und sich nicht ständig um ihr Problem zu drehen, wie es etwa bei hohem Leidensdruck geschieht, der sich entlädt, wenn der Klient in der Therapie die Möglichkeit sieht, *endlich* von den *Qualen* zu berichten, die er mit seinem Partner durchleiden muss.

Dass dieser Effekt der Ressourcenorientierung in der Praxis eintritt, zeigte sich auch in der subjektiven Beurteilung des Einsatzes paardiagnostischer Verfahren zu Beginn einer Paartherapie (Pittermann & Kubinger, 2012). Von den Klienten wurde angegeben, dass sich für sie durch die Fragebogenuntersuchung neue Perspektiven, positive Aspekte der Beziehung ergeben hätten („ich habe gesehen, dass es doch Gemeinsamkeiten gibt“, „ich sah die Beziehung ... positiver“).

Die Lenkung des Blickes weg von der reinen Problemorientierung hin zu Ressourcen innerhalb der Partnerschaft kann somit neue Aspekte in die Paartherapie einbringen und neue Wege eröffnen, wie die Partner, unabhängig vom angestrebten Therapieziel, aufeinander zugehen und sich gegenseitig wertschätzen können.

5.1.4.2. Systemöffnung

Ein grundsätzliches Ziel Systemischer Psychotherapie ist es, den Möglichkeitsraum zu vergrößern und nicht zu reduzieren. Ist die Therapie gelungen, so sollten Klienten nachher mehr Freiräume haben als vorher. Das bedeutet, dass in der Therapie den Klienten die Möglichkeit gegeben werden muss, in ihrem Denken und Handeln neue Möglichkeiten zu entdecken und weitere Optionen zu öffnen. Denkverbote, Tabus und Bewertungen werden hingegen als einschränkend erlebt.

Auf den ersten Blick könnte sich auch hier ein problematischer Aspekt psychologischer Diagnostik zeigen. Wie in unserer Studie (Pittermann & Kubinger, 2012) abgebildet, erlebten Systemische Psychotherapeuten die Ergebnisrückmeldung von psychologisch-diagnostischen Verfahren vor allem als Einengung des Möglichkeitsraums. Psychologisch-diagnostische Befunde würden, so ihr Urteil, Hypothesen einzementieren und zu Tatsachen machen – ein mit der sozial-konstruktivistischen Denkweise unvereinbarer Zugang. Und tatsächlich liegt es nahe, aus den Betrachtungen zur Psychologischen Diagnostik abzuleiten, dass das Ziel ausschließlich in der Klassifikation liegt, in Zuordnung und Bewertung.

In derselben Studie zeigte sich aber auch, dass die Klienten diese befürchtete Beschränkung und Bewertung nicht wahrgenommen haben. Die Klienten äußerten, durch die Verfahren zum Nachdenken angeregt worden zu sein („... sich Problembewusstsein entwickeln konnte“; „ich mich konzentrieren musste und meine Probleme formulieren musste“; „man fängt an, über sich selbst nachzudenken“) oder

sich sogar neue Gesprächsmöglichkeiten mit dem Partner ergaben („es ergab sich dadurch ein Gespräch mit meiner Partnerin“).

Bei allem theoretischen Verständnis für die konzeptionellen Widersprüche zwischen Systemischem Ansatz und den Grundlagen Psychologischer Diagnostik muss festgehalten werden, dass sich diese zumindest in der subjektiven Beurteilung durch die Klienten nicht festmachen lassen. Die Klienten beschreiben eben sogar genau gegenteilig, die in der Systemischen Therapie angestrebte Erfahrung der Systemöffnung durch die Bearbeitung der psychologisch-diagnostischen Instrumente erfahren zu haben.

5.1.4.3. Steigerung der Selbstaufmerksamkeit

Wie ansatzweise schon in vorherigen Abschnitten erwähnt, kann psychologische Diagnostik eine therapeutische Funktion erfüllen, indem sie die Klienten dazu anregt, sich mit ihrem eigenen „Belief-System“ auseinanderzusetzen und somit die Selbstaufmerksamkeit zu erhöhen.

Denkt man an das sehr anschauliche Experiment von Beaman et al. (1979), bei dem Kinder, die vor einem Spiegel saßen, weniger Süßigkeiten aßen, so kann im Rahmen einer Paartherapie überlegt werden, ob die Auseinandersetzung mit dem eigenen Verhalten beziehungsweise mit dem beim Partner wahrgenommenen Verhalten, die im Rahmen des Ausfüllens von Fragebögen geschieht, eine solche Steigerung der Selbstaufmerksamkeit bewirkt. Ob also Instrumente zur Paardiagnostik einen ähnlichen Effekt wie ein vorgehaltener Spiegel haben können.

Da eine Steigerung der Selbstaufmerksamkeit in der Regel auch eine Steigerung der Selbstkontrolle bewirkt (Carver & Scheier, 1981), könnte dies für die Therapie positive Effekte bringen. Die Partner könnten sich so des eigenen Verhaltens bewusster werden und ihre Ansprüche an den Partner realistischer einschätzen beziehungsweise im Erkennen eigener Schwächen oder Unzulänglichkeiten milder in ihrem Urteil sein. Untersuchungen zur Bewertung der eigenen Partnerschaft vor und nach dem Bearbeiten paardiagnostischer Fragebögen wären hierzu ein interessanter Forschungsgegenstand. Zum gegenwärtigen Zeitpunkt sind der Autorin keine solchen bekannt.

5.1.4.4. Erzeugung von Kognitiver Dissonanz

Die Theorie der Kognitiven Dissonanz von Festinger (Festinger, 1957) gehört zu jenen Theorien, die davon ausgehen, dass kognitive Strukturen (Muster von Einstellungen, Erwartungen u.a.) dazu tendieren, ein Gleichgewicht herzustellen.

Das Modell der Kognitiven Dissonanz ist für Fragebögen zur Paardiagnostik relevant, wenn Partner etwa dazu angehalten werden zu bewerten, was sie bereit sind, in einer Beziehung zu geben und was sie zu bekommen erwarten; das geschieht zum Beispiel im Fragebogen zu Angebot und Nachfrage in Partnerschaften. Kognitive Dissonanz könnte dann entstehen, wenn die oder der Partner eine Diskrepanz zwischen eigenem Angebot und eigener Nachfrage wahrnehmen. Wenn sie also feststellen, dass sie nicht bereit sind, einen partnerschaftlichen Aspekt in gleichem Maße zu bieten, wie sie diesen von ihrem Partner erwarten zu bekommen. In diesem Fall müsste dieses wahrgenommene Ungleichgewicht einen kognitiven Veränderungsprozess auslösen, in dessen Verlauf entweder die bisherige Einstellung verdrängt werden muss oder eine neue, passende Einstellung hinzugefügt wird.

Psychologische Diagnostik würde in diesem Fall so wirken, wie es mit vielen psychotherapeutischen Methoden gewünscht wird, indem sie über die Reflexion des eigenen Verhaltens eine Verhaltensänderung in Gang setzen.

5.1.5. Über den Zeitpunkt der Diagnostik hinauswirkende Effekte

Neben den beschriebenen Auswirkungen psychologischer Diagnostik, die sich auf den Therapieprozess auswirken (können) und eventuell auch im Therapiefortschritt sichtbar werden, soll hier noch auf Effekte eingegangen werden, die im Therapieprozess unbeleuchtet bleiben beziehungsweise mit denen die Klienten alleine gelassen werden (müssen).

Geht man davon aus, dass die Vorgabe von diagnostischen Verfahren therapeutisch wirksam sein kann, so ist auch zu bedenken, was die Vorgabe außerhalb des geschützten therapeutischen Rahmens bewirken kann.

Gerade die Bearbeitung von beziehungsdiagnostischen Fragebögen kann in den Klienten Vieles auslösen. Nicht nur positive Emotionen oder kritisches Reflektieren der eigenen Person, sondern eventuell auch Trauer, Wut und Hoffnungslosigkeit.

Nicht allen Klienten wird es gelingen, diagnostische Fragen (und die eigenen Antworten) für sich konstruktiv zu nützen. Hier ist ein deutlicher Unterschied etwa zur Leistungsdiagnostik zu sehen, die in der Regel wahrscheinlich weniger Emotionen bei den Testpersonen provoziert – wobei auch das nicht ausgeschlossen ist. Das Erleben des eigenen Scheiterns (etwa bei nicht adaptiven Intelligenztests) beispielsweise oder das Gefühl der Überforderung können starke negative Emotionen erzeugen, die noch nach der Testung nachwirken. Studien dazu, die sicherlich sinnvoll wären, scheint es bisher nicht zu geben.

Psychologisch-diagnostische Untersuchungen finden meist ambulant statt, das bedeutet, der Klient geht nach der Bearbeitung der Fragebögen wieder nach Hause und erfährt das Resultat der Testung erst beim nächsten Termin; sofern es ihm mitgeteilt wird. Lediglich in psychiatrisch-stationären Kontexten finden Testungen in einem unterstützenden Rahmen statt, in dem, sollte der Klient im Anschluss an die Testung psychologische Betreuung brauchen, diese sofort möglich ist. – Aus der eigenen beruflichen Praxis an einer Kinder- und Jugendpsychiatrischen Einrichtung ist der Autorin allerdings nicht bekannt, dass eine solche Unterstützung je angeboten, angefragt oder thematisiert wurde. Die Testungen wurden jedoch auch immer auf eine Art und Weise durchgeführt, die maximal auf die individuellen Situationen der Testperson eingegangen ist und auf die Qualität der psychischen Stabilität Rücksicht genommen hat.

Wird eine paardiagnostische Fragebogenuntersuchung ambulant, vor Beginn einer Psychotherapie durchgeführt, so gibt es wenige realistische Möglichkeiten, das Paar bei einem eventuellen anschließenden Auftreten von Schwierigkeiten zu unterstützen, wenn es zum Beispiel zu gravierenden Auseinandersetzungen kommt. Dieses Faktum ist zu bedenken und dementsprechend ist bereits bei der Anmeldung auf eventuelle Indikatoren zu achten, die gegen eine ambulante Diagnostik vor Therapiebeginn sprechen.

Eine gewalttätige Beziehungsstruktur wäre beispielsweise eine Konstellation, bei der es wahrscheinlich günstiger wäre, eventuell unkontrollierbare, subjektive Provokationen oder entstehende Schuldzuweisungen zu vermeiden. In einem solchen Fall wäre zunächst ein tragfähiger therapeutischer Rahmen anzubieten, in dem, für den Fall einer Gefährdung, Gegenstrategien und Maßnahmen besprochen werden können.

5.1.6. Subjektive Bewertung des Einsatzes psychologisch-diagnostischer Verfahren durch die Klienten

In der am Institut für Ehe- und Familientherapie durchgeführten Studie (Pittermann & Kubinger, 2012) wurden die Paare, denen vor dem Erstgespräch zwei paardiagnostische Verfahren vorgelegt wurden, abschließend zu ihren Eindrücken mit diesen Verfahren befragt. Die Ergebnisse, die bereits in die vorigen Abschnitte teilweise eingeflossen sind, werden hier noch einmal kurz zusammengefasst.

Zu 33,3 Prozent gaben die Klienten an, die psychologisch-diagnostischen Verfahren hätten ihnen geholfen, sich über ihre Schwierigkeiten klar zu werden. 66,7% meinten, sie seien durch die Verfahren zum Nachdenken angeregt worden.

Auf die offen zu beantwortende Frage nach dem Wert des Einsatzes psychologisch-diagnostischer Verfahren überwogen ganz deutlich die positiven Meinungen. Die wenigen kritischen Anmerkungen bezogen sich darauf, dass die Testergebnisse zu wenig aussagekräftig beziehungsweise als bereits bekannt beurteilt wurden.

Positiv wurde festgehalten, dass sich durch die Fragebogenuntersuchung neue Möglichkeiten und Perspektiven ergeben hätten (beispielsweise »ich sehe Möglichkeiten, die meine Ängste wegnehmen«; »ich habe gesehen, dass es doch Gemeinsamkeiten gibt«; »die Ergebnisse haben die Ausgangssituation für mich verändert; ich sah die Beziehung anhand der Auswertung positiver«), sie zum Nachdenken angeregt hätten (zum Beispiel »sich Problembewusstsein entwickeln konnte«; »ich mich konzentrieren musste und meine Probleme formulieren musste«, »man fängt an, über sich selbst nachzudenken«) oder sich neue Gesprächsmöglichkeiten mit dem Partner ergeben hätten (etwa »es ergab sich dadurch ein Gespräch mit meiner Partnerin«).

5.2. Einflüsse auf Therapeutenebene

5.2.1. Selbstverständnis des Therapeuten

Aus Therapeutensicht bedeutet die Vorschaltung eines diagnostischen Termins, der von einer therapiefremden Person durchgeführt wird, eine Störung des Therapieprozesses. Oder salopp formuliert können Gedanken ausgelöst werden, die in die Richtung gehen: „Da ist schon etwas passiert, bei dem ich nicht dabei war, wo ich außen vor bin. Ist mir das recht?“

Ohne die Psychologische Diagnostik in Konkurrenz zur Psychotherapie stellen zu wollen, was aufgrund der unterschiedlichen theoretischen und praktischen Ansprüche auch unsinnig wäre, greift ein Diagnostiktermin in das System Therapeut-Klient ein.

Natürlich wird der Diagnostiker dem Psychotherapeuten weder die therapeutische Arbeit streitig machen, noch ihn in seinem Handeln bevormunden. Aber die Einschaltung einer weiteren Fachdisziplin kann zu Rollenkonflikten führen und dazu beitragen, dass sich Therapeuten in ihrer eigenen Kompetenz abgewertet fühlen.

Diese Effekte können besonders dann auftreten, wenn der Psychotherapeut von seinem Grundberuf her der Psychologischen Diagnostik sehr fern ist und vielleicht die angewendeten Verfahren auch nicht (gut) kennt, er ihre möglichen Effekte daher auch nicht einschätzen kann.

In einer Studie unter israelischen Paartherapeuten bestätigte sich, dass die Erfahrung mit paardiagnostischen Instrumenten die Häufigkeit beeinflusst, mit der diese eingesetzt werden (Lavee & Avisar, 2006). In dieser Untersuchung wendeten Psychologen sogar besonders selten paardiagnostische Instrumente an und gaben an, keine Ausbildung diesbezüglich erhalten zu haben.

Unabhängig vom Grundberuf des Therapeuten stellt die Erweiterung des Therapiesystems um den Diagnostiker, wenn dieser auch nur einmal bei der Testung in Erscheinung tritt, eine erhebliche Veränderung zum herkömmlichen Therapiesetting dar. Das erfordert nicht nur die Bereitschaft der Klienten, sondern auch die der Therapeuten, sich darauf einzulassen. Wie Pittermann & Kubinger (2012) zeigen, fällt dies Systemischen Psychotherapeuten in der Praxis noch immer schwer. Systemische Psychotherapeuten bewerteten in dieser Studie den Einsatz psychologisch-diagnostischer Verfahren vorwiegend negativ und konnten keine befruchtenden Schlüsse aus den Ergebnissen ziehen. Obwohl es sich bei dem Therapeutenkollektiv um Systemiker mit unterschiedlichen Grundberufen handelte (auch Psychologen waren darunter), konnten sich keine positiven Erlebnisse hinsichtlich der Anwendung psychologisch-diagnostischer Verfahren erheben lassen.

Anscheinend wirkt das Tätigsein in einem systemisch orientierten Therapieinstitut beziehungsweise die therapeutische Ausbildung oder eine Kombination der beiden Faktoren stark auf das berufliche Selbstverständnis, unabhängig vom Grundberuf

oder der zugrundeliegenden Ausbildung/Studium; und das eigene therapeutische Tun wird in klarer Abgrenzung zu dem von, zum Beispiel diagnostisch tätigen, Psychologen gesehen. Selbst wenn unter Umständen der eigene ausbildnerische Ursprung die Klinische Psychologie darstellt.

5.2.2. Die Doppelfunktion Psychotherapeut - Diagnostiker

Es sei hier nur kurz das Problem angesprochen, dass der Einsatz von Psychologischer Diagnostik allorts unterschiedlich gehandhabt wird. Verantwortlich und sinnvoll kann der Einsatz nur durch jemanden erfolgen, der mit dem Umgang mit Psychologischer Diagnostik, nicht nur ihrer Instrumente, sondern auch der theoretischen Grundlagen, vertraut ist. Deshalb wird in dieser Arbeit auch die Option behandelt, die Diagnostik durch einen therapiefremden Dritten (ausgebildet in Psychologischer Diagnostik) durchführen zu lassen.

In der alltäglichen Praxis wird Psychologische Diagnostik, so diese im Rahmen von Psychotherapie angewendet wird, wie erwähnt, in der Regel unabhängig vom Grundberuf, sondern vorwiegend abhängig von a) der persönlichen Einstellung zur Diagnostik und b) der zugrundeliegenden therapeutischen Ausrichtung eingesetzt (Lavee & Avisar, 2006).

Die Vorbehalte hinsichtlich des Einsatzes von standardisierten psychologisch-diagnostischen Verfahren dürfte auch auf dem Informationsmangel beziehungsweise einer ungenügenden Ausbildung auf diesem Gebiet beruhen (Lavee & Avisar, 2006), so dass es dem einzelnen Therapeuten selbst überlassen bleibt, ob und wie sehr er sich mit dieser Thematik auseinandersetzt. – Wie wenig diese Auseinandersetzung in der Praxis passiert, zeigt die zitierte Studie unter israelischen Psychotherapeuten, in der die Mehrzahl der Paartherapeuten den Einsatz standardisierter Verfahren ablehnt. Als Begründungen für die Ablehnung wird angeführt, Diagnostik sollte in der Paartherapie nicht mittels standardisierter Instrumente erfolgen (63%), würde nicht zum Erfolg der Therapie beitragen (66%) und eher für die Forschung als die therapeutische Praxis relevant sein (33,4%). Eine große Anzahl kritisierte die erhobenen Variablen der Instrumente auch als nicht sinnvoll beziehungsweise zu trivial.

Bedenkt man, dass die Rücklaufquote zum Einsatz Psychologischer Diagnostik unter Paartherapeuten in dieser Studie nur 20 Prozent betrug, kann von einem noch viel geringeren Einsatz in der Therapeutenpopulation ausgegangen werden.

Es dürfte tatsächlich sehr stark von der Art und Weise des eigenen therapeutischen Selbstverständnisses (auch bedingt durch die zugrundeliegende Therapierichtung) abhängen, inwieweit sich der Psychotherapeut mit dem Einsatz standardisierter diagnostischer Verfahren auseinandersetzt beziehungsweise deren Einsatz für ihn in Frage kommt. So gibt es einerseits Therapierichtungen, deren Therapeuten sich schlicht nicht als jemand sehen, der Fragebögen vorgibt, und andererseits ist zu erkennen, dass dieser Einsatz auch umso seltener passiert, je weniger Erfahrungen mit der Psychologischen Diagnostik bestehen (Lavee & Avisar, 2006).

5.2.3. Diagnostikergebnisse als Informationsquelle zur Hypothesengenerierung

Während der Einsatz von Diagnostik zur Hypothesengenerierung in der psychologischen Behandlung ein probates und anerkanntes Hilfsmittel darstellt, ist der Blick der Systemischen Therapie auf diese Art von Information (vor Beginn) einer Therapie ein weitaus kritischerer.

Wie jede andere Informationsquelle stellen auch Diagnostikergebnisse den Systemiker vor die Herausforderung, neben aller nützlichen Information nicht in eine „Problemtrance“ (Schlippe & Schweitzer, 2002) hineingezogen zu werden. Ergebnisse einer diagnostischen Untersuchung tragen in diesem Denkmuster nicht zu einer Erweiterung des Möglichkeitsraumes bei, indem sie neue Ideen aufwerfen oder andere Sichtweisen ermöglichen, sondern schränken ein, indem sie bewerten (siehe auch den Abschnitt „Etikettierung“) und die Vielfalt von Perspektiven und Prozessen reduzieren. Wie stark verwurzelt diese Ansicht unter praktisch tätigen Systemischen Psychotherapeuten ist, zeigt die Untersuchung von Pittermann & Kubinger (2012).

Die Systemische Psychotherapie orientiert sich an der Nützlichkeit von Hypothesen, da „Wahrheit“ (von Hypothesen), wie anhand des sozialen Konstruktivismus beschrieben, ein in der Systemischen Therapie nicht unproblematisches Konzept darstellt.

Ergebnisse von standardisierten Verfahren, die idealerweise den Gütekriterien (Validität, Reliabilität, Objektivität) unterliegen, liefern Aussagen oder stützen Hypothesen in ihrer ganz eigenen Wahrnehmungsebene. Die standardisiert-diagnostische Herangehensweise mag nicht das sein, was die Systemische Therapie primär anstrebt, dennoch kann das Miteinfließenlassen dieser Ergebnisse in den therapeutischen Denkprozess das Spektrum an Denkrichtungen weiter eröffnen und neue Möglichkeitsräume erschließen. Der Therapeut kann mit ihrer Hilfe sein Hypothesenspektrum erweitern und seinen Blick auf Bereiche richten, die vielleicht aufgrund „blinder Flecken“ bisher zu wenig beachtet wurden.

Gerade beziehungsdiagnostische Verfahren bergen außerdem, wie bereits erwähnt, zu einem geringen Ausmaß die Gefahr, zu stark problemorientiert zu sein. Da es in der Beziehungsdiagnostik zu einem geringeren Teil um normative Vergleiche oder Klassifikationen geht und sowohl funktionale wie auch dysfunktionale Bereiche abgefragt werden.

5.2.4. Etikettierung im Rahmen von Diagnostik

Die Systemische Denkrichtung geht davon aus, dass Sprache Wirklichkeit erzeugt, dass also die Art und Weise, wie wir über unser Leben sprechen, das tatsächliche Erleben wesentlich bestimmt (Schlippe & Schweitzer, 2002). Besonders durch Wiederholungen bekommen Geschichten ihre Wirklichkeit.

Ergebnisse einer diagnostischen Untersuchung sind unter diesem Aspekt mit besonderer (systemischer) Vorsicht zu genießen, da sie durch das Versprachlichen und Festhalten von Ergebnissen oder Befunden im Stande sind, Wirklichkeit zu konstruieren. Diagnostikergebnisse bergen somit das Potenzial, den Therapeuten bereits vor Therapiebeginn in einer gewissen Richtung hinsichtlich seiner Klienten zu beeinflussen. Sie bedeuten aber auch für die Klienten die Gefahr, im Anschluss an die Befundung ein gewisses „Etikett“ an sich kleben zu sehen.

Noch viel drastischer als in der Diagnostik von Beziehungsaspekten wird die Problematik der Etikettierung im psychiatrischen Bereich gesehen. Die Systemische Therapie stellt von ihrem Grundkonzept her psychiatrische Diagnosen in Frage beziehungsweise beurteilt sie als wenig hilfreich für die therapeutische Arbeit (siehe auch Deissler & Zitterbarth [1996] zum Störungsbegriff und zur Wirkungsforschung in der Psychotherapie).

Die notwendige Öffnung hinsichtlich Erkenntnissen, die an anderen zugrundeliegenden Modellen orientiert sind, wie eben beispielsweise psychiatrische Diagnosen, wird allerdings schon seit längerem von führenden Systemikern thematisiert (beispielsweise Welter-Enderlin, 2002)). Diese Forderung ist selbstverständlich auch auf Ergebnisse der Psychodiagnostik umlegbar, auf denen auch häufig psychiatrische Diagnosen basieren.

Der offene und wertschätzende Diskurs mit anderen Disziplinen und Praktikern anderer Fachrichtungen, der Reflexion und Dialog auch innerhalb der Systemischen Therapie anregen soll, erscheint aus mehreren Perspektiven wichtig. Einerseits weil nur dadurch die ständige Weiterentwicklung der Systemischen Therapie möglich wird, andererseits weil die Auseinandersetzung mit Kollegen anderer Fachrichtungen der praktisch notwendigen Realität entspricht. Kaum einem Therapeuten ist es möglich, ständig auf der „Insel“ seiner eigenen Fachrichtung ohne Einbeziehung externer, schulenfremder Erkenntnisse zu leben. Im Sinne der Anschlussfähigkeit ist diese Öffnung also notwendig. Besonders wenn Systemische Therapeuten etwa eine Berufstätigkeit im psychiatrischen Kontext oder generell außerhalb einer systemisch orientierten (Therapie)Institution, anstreben.

Nicht zuletzt ist zu bedenken, dass das Versehenwerden mit einer Diagnose in klinisch-psychologischen, psychiatrischen, therapeutischen Umwelten eben passiert; schon alleine um deskriptiv-kategorial die Kommunikation zwischen Fachleuten zu erleichtern oder die Abrechnung mit der Krankenkasse zu ermöglichen.

Die Einbindung der gesetzlich anerkannten Psychotherapierichtungen, zu denen in Österreich auch die Systemische Psychotherapie gehört, in das Gesundheitssystem zwingt automatisch zur Auseinandersetzung mit der Diagnostik auf Basis psychiatrischer Klassifikationssysteme (ICD, DSM). Der einzelne Therapeut, der für seine Klienten um Kostenersatz beziehungsweise Bezuschussung ansucht, muss in seinem Antrag an die Sozialversicherung auch eine diagnostische Einschätzung abgeben und die Zweckhaftigkeit seiner Behandlung begründen.

Jede Therapierichtung ist somit gefordert, sich mit Fragen der Indikation und Effizienz auseinanderzusetzen. Wie ernst es den Krankenkassen mit der Analyse der Relation von Kosten und Effektivität ist, zeigt die von der Wiener Gebietskrankenkasse (WGKK) vor kurzem beschlossene Einstellung der

Bezuschussung höherfrequenter längerfristiger Psychotherapie/Psychoanalyse. Die enge Verbindung zwischen Psychotherapie und psychologischer Forschung (Evaluationsstudien) ist also längst nicht mehr auf die Verhaltenstherapie beschränkt.

Selbstverständlich ist immer darauf zu achten, den Klienten oder Patienten in seiner Gesamtheit zu betrachten und nicht auf eine Diagnose, ein Etikett zu reduzieren. Zuschreibungen sollen natürlich auch nicht in jedem Fall unreflektiert übernommen werden, das prinzipielle Ablehnen von Diagnosen und den Ergebnissen diagnostischer Befunde soll im Gegenzug aber auch nicht das therapeutische Handeln einschränken und beengen.

5.2.5. Problem- versus Lösungsorientierung

Die in der Systemischen Therapie zentrale Vermeidung von „Problemtrance“ geht Hand in Hand mit der angestrebten Arbeitsweise der Lösungs- und Ressourcenorientierung und der Ablehnung von klassifizierenden Diagnosen. Gerade an psychiatrischen Diagnosen wird oft kritisiert, sie würden pathologisieren, ohne aber Ressourcen und Lösungen zu eröffnen.

Diese Problematik kann allerdings nicht auf die Beziehungsdiagnostik umgelegt werden. In der Beziehungsdiagnostik sind Klassifizierungen und (bewertende) Beschreibungen die Ausnahme (ein Beispiel für Klassifizierungen stellen die Paarprofile im Gießen-Test für Paare dar (Brähler & Brähler, 1997); diese wurden aber bereits kritisch hinterfragt (Kubinger et al., 2003)).

Wie bereits an anderer Stelle erwähnt, konnte in der therapeutischen Praxis bei Klienten durch die Vorgabe diagnostischer Verfahren Lösungs- und Ressourcenorientierung ausgelöst werden. Einschränkend sei hier aber erwähnt, dass dieser Effekt bei Klienten, allerdings nicht bei Therapeuten, gezeigt werden konnte (Pittermann & Kubinger, 2012).

Die Möglichkeit, durch die Vorgabe psychologisch-diagnostischer Verfahren in Richtung einer Lösungsorientierung zu kommen, trifft anscheinend eher für die Klienten zu. Es könnte sein, dass die Klienten vor allem von dem Prozess des Bearbeitens der Fragebögen und der dadurch entstehenden Selbstreflexion profitieren, die Therapeuten den Befund beziehungsweise die

Ergebniszusammenstellung aber nicht in demselben Maße für sich ressourcenorientiert nützen können.

5.2.6. Aktive Einbeziehung der Klienten in den Therapieprozess

Bis jetzt befassen sich nur wenige Studien mit der aktiven Einbeziehung von Klienten in Therapieentscheidungen. Eine Untersuchung unter 181 Angehörigen psychosozialer Berufe von Sibitz et al. (2008) kam zu dem Schluss, dass der Nutzen der Einbeziehung von Klienten als größer eingeschätzt wird als die befürchteten Risiken. So antworteten 89% der Befragten, dass in ihrer Arbeit die Festlegung der Behandlungsziele durch Klienten und Therapeuten gemeinsam erfolgt. Bezüglich der Diagnostik befürworteten ebenfalls 89% die Einbeziehung der Betroffenen in die Bewertung und Diagnostik ihrer aktuellen Problematik.

Den Menschen zum aktiven Gestalter seines eigenen Lebens und seiner eigenen Befindlichkeit zu machen, beginnt somit schon bei der psychotherapeutischen Arbeitsweise beziehungsweise der Settingwahl (Bleckwedel, 2008).

In der Systemischen Therapie sind die Behandlungsplanung und die Festlegung der Therapieziele ganz essentiell an die Mitarbeit der Klienten geknüpft. Im Sinne der „Kundenorientierung“ (Schlippe & Schweitzer, 2002) soll nicht nach einer objektiven Indikation, sondern nach dem subjektiven Bedarf der Klienten therapiert werden.

Stierlin (2001, S. 266 f.) stellt eine „zunehmende Demokratisierung der Therapeut-Klient-Beziehung“ fest. Klient und Therapeut sind gleichberechtigt und aufeinander angewiesen. Eine „defekt- und pathologieorientierte“, aus dem medizinischen Modell kommende Diagnostik sei allerdings im Hinblick auf Festschreibungen und Etikettierung problematisch. Da sich mit dem Kontext das Verhalten von Klienten ändert, verhindern Festschreibungen Veränderungsmöglichkeiten (und somit das Therapieziel Erweiterung des Handlungsspielraums).

Der Gegensatz zu der kritisierten defektorientierten Diagnostik ist es, den Klienten die Möglichkeit zu geben, in einem diagnostischen Fragebogen ihre Sicht der Problemlage darzustellen, beziehungsweise ihren Blick auf ihre Beziehung abzubilden. Richtig angewandt stellt dies einen Schritt in Richtung Kundenorientierung und aktive Beteiligung der Klienten an der Therapie dar. Nicht der Therapeut ist der Experte für die vermutete Problemlage und stülpt den Klienten

ungefragt eigene Ideen über dessen Partnerschaft und seine Schwierigkeiten darin über, sondern er gibt dem Klienten unmittelbar die Möglichkeit, seine eigenen Überlegungen darzustellen. Diagnostische Verfahren sind hier eine Variante, die dem Therapeuten selbst helfen können, eigene Hypothesen über den Klienten immer wieder zu hinterfragen und den Klienten noch aktiver in die Therapie einzubeziehen.

5.2.7. Kognitive Verzerrungen

Wie bereits zu Anfang dieser Arbeit erwähnt, sind auch Therapeuten nicht davor gefeit, verschiedenen kognitiven Verzerrungen zu unterliegen. Die Tendenz, Ergebnisse so zu interpretieren, dass sie zu dem bestehenden Urteil passen oder übersteigerte Selbstsicherheit hinsichtlich der eigenen Annahmen sind Phänomene, die sich mittels kritischer Selbstbeobachtung und Supervision eindämmen lassen. Aber es sind auch Fallen, in die jeder Therapeut in unachtsamen Momenten trotzdem tappen kann.

Eigentlich wäre anzunehmen, dass objektive Ergebnisse, die aufgrund standardisierter diagnostischer Verfahren zustande kommen, helfen, nicht in diese Fallen zu tappen. Es scheint jedoch auch den gegenteiligen Effekt zu geben, in dem diese Ergebnisse selbst zu genau den Fallen werden.

Der beschriebene „I-knew-it-all-along-Effekt“ bezeichnet den Rückschaufehler, bei dem Ergebnisse als ohnehin bekannt und nicht neu interpretiert werden. Im Fall von Psychologischer Diagnostik wäre das die Auffassung, dass die Ergebnisse der Auswertung von diagnostischen Verfahren als trivial, bereits bekannt und weniger aussagekräftig als die eigene, zuvor gebildete Meinung beurteilt werden.

Dass dieser Rückschaufehler in der Realität passiert, zeigt sich etwa in der Studie von Lavee & Avisar (2006), in der 35,4 Prozent der befragten Therapeuten angeben, dass die Ergebnisse der standardisierten Verfahren so trivial in ihren Erkenntnissen seien, dass sie diese auch bekommen würden, ohne Psychologische Diagnostik anzuwenden. Auch in der Studie von Pittermann & Kubinger (2012) gaben die Therapeuten an, die Ergebnisse der Verfahren würden für sie keinen Informationsgewinn bringen – hier war die Kritik aber teilweise anders gelagert, indem die Therapeuten – im Gegenteil – meinten, die Ergebnisse würden im Gegensatz zu der von den Klienten geschilderten Problemlage stehen.

In jedem Fall zeigt sich, dass objektive, standardisierte Ergebnisse, zwar helfen können, kognitive Verzerrungen zu minimieren, in der Praxis bei den Therapeuten aber auch viel an Widerstand erzeugen können.

5.2.8. Der Therapeut als Orientierungspunkt

Es besteht die Annahme, dass Klienten das Verhalten ihres Therapeuten beobachten und auch aus diesem lernen. So beschreiben etwa Weiss & Harrer (2010, S. 22) diese Art von Modelllernen: „Die Fähigkeit des Therapeuten, intensive Gefühle wahrzunehmen und auszuhalten wirkt für Klienten als Modell sich ihnen ebenfalls zuzuwenden und sich ihnen auszusetzen.“

Dieses Annehmen von beobachtetem Verhalten setzt eine positiv erlebte, tragfähige Therapeut-Klient-Beziehung voraus. Ist diese vorhanden, wird der Therapeut oft nicht nur als Vertrauensperson, sondern auch als fachlicher Experte betrachtet, ungeachtet dessen, ob sich der Therapeut selbst auch als solcher sieht oder nicht. In vielen Fällen erwarten sich Klienten von ihrem Therapeuten Handlungsanweisungen, irgendeine Form der „Führung“ oder Anleitung. In diesem Kontext ist es nur verständlich, dass Klienten auch dazu tendieren, Meinungen ihres Therapeuten, egal ob geäußert oder vom Klienten non-verbal wahrgenommen, zu beachten und unter Umständen sogar zu übernehmen.

In der Untersuchung von Pittermann & Kubinger (2012) erfolgte die Besprechung der Befunde der diagnostischen Verfahren in der ersten Therapiesitzung. Dabei anwesend waren das Paar und der Therapeut. Die Rückmeldung erfolgte schriftlich und wurde von Klienten und Therapeuten gelesen und nach eigener Maßgabe besprochen. Im Anschluss an die Sitzung wurde von den Therapeuten festgehalten, wie viel Zeit die Besprechung des Befundes in Anspruch genommen hatte und wie sie die Ergebnisse beurteilen.

Die Rückmeldung hinsichtlich der Arbeit mit den schriftlichen Befunden durch die Therapeuten war durchwegs sehr negativ. Die mittlere Zeit, die zur Befundbesprechung von den Therapeuten angegeben wurde, betrug fünf Minuten (MW 4,95; Std. 5,73; Range 0-20). Es gab aber auch Fälle, in denen die Ergebnisse zwar gelesen, aber überhaupt nicht besprochen wurden – das war bei immerhin 34,3 Prozent der Paare der Fall. Als Grund der Nichtbesprechung wurde entweder angegeben, dass dafür keine Zeit zur Verfügung gestanden habe oder dass der

Therapeut bei den Klienten kein Interesse an der Besprechung der Ergebnisse wahrgenommen habe.

Es ist anzunehmen, dass eine, ob bewusste oder unbewusste, Ablehnung des Einsatzes psychologisch-diagnostischer Verfahren beziehungsweise der Einbeziehung solcher Befunde in das Therapiegesehen durch den Therapeuten von den Klienten wahrgenommen wird, selbst wenn der Therapeut diese nicht verbalisiert. Im Zuge der Identifikation mit der Figur des Therapeuten wäre es möglich, dass die Einstellung des Therapeuten in Bezug auf den Einsatz psychologischer Diagnostik beziehungsweise ihrer Einbeziehung in den Therapieprozess auf den Klienten abfärbt.

Es wäre im Nachhinein betrachtet interessant gewesen, unmittelbar nach der Befundbesprechung nicht nur zu erheben, wie diese von den Therapeuten, sondern auch von den Klienten erlebt wurde. Die Konzentration auf die Therapeuten in dieser Phase der Studie erfolgte aus der Überlegung heraus, dass erhoben werden sollte, wie sich die Ergebnisse des Befundes auf die bisherigen Überlegungen, Eindrücke und therapeutischen Hypothesen der Therapeuten auswirken. Der auffallende Unterschied zwischen der generellen Beurteilung des Einsatzes psychologisch-diagnostischer Verfahren durch Klienten und Therapeuten war erst nach Auswertung der Studie klar, so dass erst danach Ideen und Hypothesen für weitere Untersuchungen beziehungsweise alternative interessante Untersuchungsdesigns entstehen konnten.

Die große Ablehnung des Einsatzes psychologisch-diagnostischer Verfahren unter Therapeuten betrachtend kann an dieser Stelle gemutmaßt werden, dass auch die Klienten die Befundbesprechung wenig positiv dargestellt hätten. Einerseits weil sie eventuell die Meinung ihres Therapeuten übernommen hätten, andererseits weil sich die Befundbesprechung aufgrund der Ablehnung der Ergebnisse durch den Therapeuten als nicht besonders fruchtbar dargestellt hätte.

5.2.9. Die zwischenmenschliche Komponente von Diagnostik

Im Zuge der Besprechung der Durchführung der Studie am Institut für Ehe- und Familientherapie (Pittermann & Kubinger, 2011) wurde in der Diskussion mit dem Therapeutenteam sehr schnell deutlich, dass ein Teil des Unbehagens mit

Psychologischer Diagnostik aus dem Gefühl resultiert, Fragebogenverfahren seien zu unpersönlich, zu „entmenschlicht“.

In jeder Form der Psychotherapie geht es um die menschliche Begegnung zwischen Klient und Therapeut (Loth & Schlippe, 2004). Die sich entwickelnde therapeutische Beziehung ist wesentlicher Bestandteil des Wirkkonzeptes und der Arbeitsweise von Psychotherapie (siehe Lammers & Schneider, 2009; Holm-Hadulla, 2000). Noch radikaler formulieren es Lambert & Barley (2001), die schreiben, dass allgemeine Faktoren wie Empathie, Wärme und therapeutische Beziehung mehr zum Erfolg einer Therapie beitragen als therapeutische Interventionen.

Aus der Betonung der zwischenmenschlichen Komponente im Rahmen von Psychotherapie lassen sich gut einige der Bedenken hinsichtlich der Natur von Psychologischer Diagnostik nachvollziehen. In der Psychologischen Diagnostik spielt die Beziehung zwischen Diagnostiker und Klienten eine deutlich untergeordnete Rolle. Wenn natürlich auch für die Anwendung von psychologisch-diagnostischen Verfahren eine tragfähige Arbeitsbeziehung notwendig ist (je nach vorgegebenem Verfahren mehr oder weniger), definiert sie sich nicht als einer der zentralen Wirkmechanismen.

Die Anwendung von strukturierten Verfahren, beispielsweise standardisierten Interviews, wird teilweise als gutes Arbeitsmittel zur Angstreduktion bei noch unerfahrenen Therapeuten empfohlen (Williams, 1978). Für routinierte Therapeuten ist es aber oft eine Selbstverständlichkeit, den Einsatz solcher Verfahren zu verneinen. Es wird dann in die Richtung argumentiert, dass standardisierte Verfahren persönliche Distanz erzeugen, lediglich als „Schutzschild“ vor den Emotionen der Klienten dienen oder nur dann anzuwenden sind, wenn der Therapeut zum Beispiel unsicher ist, wie er verfahren soll.

Dass diese Argumente an der Natur von Psychologischer Diagnostik vorbeigehen, ist klar. Der Selbstzweck von Psychologischer Diagnostik ist es nie, Begegnung und Austausch zu verhindern oder Therapie zu ersetzen.

Was die Psychologische Diagnostik allerdings nicht (immer) zu leisten vermag, ist die in Paar- und Familientherapien wichtige Interaktionsbeobachtung zu liefern. Beim getrennten Ausfüllen von Fragebögen durch mehrere Familienmitglieder fällt die Ebene der Interaktion zwischen den Mitgliedern nahezu völlig weg. Lediglich

Verfahren, die ein Miteinander-Tun von Familien erfordern oder ermöglichen, wie etwa der Familiensystemtest (Gehring, 1998), schließen diese Komponente mit ein. Liegt die vorwiegend interessante Beobachtungsebene also im Bereich der Interaktion, so sind Verfahren dementsprechend zu wählen.

5.2.10. Subjektive Bewertung des Einsatzes psychologisch-diagnostischer Verfahren durch die Therapeuten

In der Befragung von Pittermann & Kubinger (2012) unmittelbar nach der Befundbesprechung gaben nur 10,8 Prozent der Therapeuten an, der psychologisch diagnostische Befund sei eine Unterstützung für die Therapie gewesen. Immerhin 24,3 Prozent betrachteten ihn generell als wertvolle Zusatzinformation.

Trotzdem gaben lediglich in 8,6 Prozent der Fälle die Therapeuten an, dass sie der Ansicht seien, die psychologisch-diagnostischen Verfahren hätten den Klienten geholfen, sich über ihre Schwierigkeiten klar zu werden und nur in 25,7 Prozent der Fälle nahmen die Therapeuten an, dass die Verfahren die Klienten zum Nachdenken angeregt hätten.

Bei der offen formulierten Frage nach dem erlebten Wert des Einsatzes psychologisch-diagnostischer Verfahren wurde von keinem Therapeuten eine positive Beurteilung abgegeben.

Die Kritik an der Psychologischen Diagnostik war umso umfangreicher. Hauptkritikpunkte bezogen sich darauf, dass die Ergebnisse der diagnostischen Untersuchung als nicht relevant für den therapeutischen Prozess erlebt wurden (und deshalb in der Therapie auch nicht verwendet wurden), im Widerspruch zu der durch die Klienten beklagten Problemlage stehen würde, zu wenig in die Tiefe gingen oder Hypothesen einzementieren und zu Tatsachen machen würden.

Dieses Ergebnis macht nochmals deutlich, dass Systemische Psychotherapeuten in der zitierten Studie die Diagnostikergebnisse nicht für sich nützen konnten und sie nicht als hilfreich in ihrer Arbeit erlebten. Die Ergebnisse wurden zwar immerhin in knapp einem Viertel der Fälle als „interessant“ gesehen, als Unterstützung für ihre Arbeit wurden sie allerdings nicht erlebt und in der geäußerten Kritik wird sehr klar dargestellt, wie viele Bedenken es hinsichtlich des Einsatzes der Psychologischen Diagnostik gibt.

6. Ein Schlusssatz

Ich möchte an dieser Stelle abschließend festhalten, dass es mir fern liegt, praktisch tätigen Psychotherapeuten vorzuschreiben, wie sie ihre Arbeit zu tun haben oder, noch schlimmer, ihre Arbeit zu bewerten. Meine kritischen Überlegungen hinsichtlich der Anwendung von Psychologischer Diagnostik im therapeutischen Alltag richten sich nie gegen einzelne tätige Psychotherapeuten, sondern behandeln die generell eingespielte Praxis und theoretische Konzepte.

Da ich selbst nicht nur klinische Psychologin, sondern auch Systemische Psychotherapeutin bin, die in einem Umfeld tätig ist, das den Einsatz von Psychologischer Diagnostik nicht immer fördert, manchmal auch verhindert, möchte ich aber nicht nur die Systemische Therapie speziell oder die Psychotherapie generell, sondern auch mich selbst dazu auffordern, althergebrachte, eingespielte Arbeitsweisen zu hinterfragen und ausgetretene Denkpfade zu verlassen.

Ziel dieser Arbeit ist es nicht, belehrend zu sein, oder eine Position als die einzig richtige darzustellen – sozialkonstruktivistisch ohnehin ein Ding der Unmöglichkeit. Vielmehr geht es darum, Aspekte eines Themas zu beleuchten, das bis jetzt zu wenig Aufmerksamkeit im Kontext der Psychotherapie, speziell der Systemischen Psychotherapie, bekommen hat und dabei nicht nur die ohnehin vielerseits bekannte Kritik darzustellen, sondern sich Facetten zu widmen, die in dem Diskurs bisher nicht oder zu wenig aufgetaucht sind.

7. Zusammenfassung

Die vorliegende Arbeit befasst sich mit den Auswirkungen des Einsatzes psychologisch-diagnostischer Verfahren auf den therapeutischen Prozess anhand der Systemischen Paartherapie.

Zunächst wird das allgemeine Verhältnis zwischen Psychotherapie und Psychologischer Diagnostik beleuchtet, der Einsatz psychologisch-diagnostischer Verfahren in therapeutischen Prozessen dargestellt und Anwendungsgebiete skizziert. Es werden dann die Grundprinzipien der Systemischen Therapie dargestellt, um so später auf mögliche kritische Punkte in der Verbindung mit Psychologischer Diagnostik eingehen zu können. Im Anschluss folgt eine Übersicht über einige Paardiagnostische Verfahren.

In der Erörterung der tatsächlichen Effekte der Psychologischen Diagnostik auf den therapeutischen Prozess wird zwischen der Klientenebene auf der einen und der Therapeutenebene auf der anderen Seite unterschieden. Diese Unterscheidung ergibt sich unter anderem aus den Ergebnissen der Studie von Pittermann & Kubinger (2012), aus der deutlich wird, dass Klienten einer Systemischen Paartherapie den Einsatz psychologisch-diagnostischer Verfahren positiv beurteilten, während ihre Psychotherapeuten diesen vorwiegend negativ beurteilten. Klienten und Therapeuten scheinen also Psychologische Diagnostik unterschiedlich zu erleben, zu bewerten und für sich nützen zu können.

Auf der Ebene der Auswirkungen für Klienten werden unter anderem Aspekte hinsichtlich des erlebten Therapiefortschritts, des Verbleibens am Therapieinstitut, in der Wartezeit auf einen Therapieplatz sowie Effekte hinsichtlich persönlicher Reflexion (Ressourcenorientierung; Systemöffnung; Selbstaufmerksamkeit und Kognitive Dissonanz) besprochen.

Auf der Ebene der Therapeuten findet sich die Auseinandersetzung mit methodischen-therapieschulspezifischen Fragen (etwa Etikettierung, Lösungs- versus Problemorientierung, Hypothesenfindung) sowie der persönliche, subjektive Zugang zur Einbeziehung Psychologischer Diagnostik (Selbstverständnis des Therapeuten; Der Therapeut als Orientierungspunkt).

Es wird in dieser Arbeit deutlich, dass der Einsatz psychologisch-diagnostischer Verfahren auf viele unterschiedliche Arten auf den therapeutischen Prozess wirkt und sowohl Klienten als auch Therapeuten in ihrer Arbeit und in ihrem Denken beeinflussen kann.

Literaturverzeichnis

- Adornetto, C., & Schneider, S. (2009). Diagnostisches Vorgehen. In S. Schneider, & J. Margraf, *Lehrbuch der Verhaltenstherapie: Störungen im Kindes- und Jugendalter* (124-144). Heidelberg: Springer.
- Amelang, M., & Schmidt-Atzert, L. (2006). *Psychologische Diagnostik und Intervention*. Heidelberg: Springer.
- Beaman, A. L., Klentz, B., Diener, E., & Svanum, S. (1979). Self-awareness and transgression in children: Two field studies. *Journal of Personality and Social Psychology*, 37, 1835-1846.
- Beckman, D., Brähler, E., & Richter, H. E. (2012). *Der Gießen-Test II*. Bern: Verlag Hand Huber.
- Beckmann, D., Brähler, E., & Richter, H. E. (1990). *Der Gießen-Test*. Bern: Verlag Hans Huber.
- Benninghoven, D., Cierpka, M., & Thomas, V. (2003). Überblick über familiendiagnostische Fragebogeninventare. In M. Cierpka, *Handbuch der Familiendiagnostik* (S. 487-510). Berlin: Springer.
- Bleckwedel, J. (2008). *Systemische Therapie in Aktion*. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Bodenmann, G., & Götz, C. (2012). Hausaufgaben in der Paartherapie. *Zeitschrift für Psychiatrie, Psychologie und Psychotherapie*, 60(2), 103-110.
- Bölte, S., Adam-Schwebe, S., Englert, E., Schmeck, K., & Poustka, F. (2000). Zur Praxis der psychologischen Testdiagnostik in der deutschen Kinder- und Jugendpsychiatrie: Ergebnisse einer Umfrage. *Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie*, 28, 151-161.
- Brähler, E., & Brähler, C. (1997). *Paardiagnostik mit dem Gießen-Test*. Bern: Huber.
- Brähler, E., Schumacher, J., & Strauß, B. (2002). *Diagnostische Verfahren in der Psychotherapie*. Göttingen: Hogrefe.
- Brandl-Nebehay, A., & Hinsch, J. (2010). *Paartherapie und Identität. Denkansätze für die Praxis*. Heidelberg: Carl-Auer.
- Bühning, P. (2003). Psychotherapeutische Versorgung: Mangel an Therapieplätzen. *Deutsches Ärzteblatt*, 2(7), 303-305.
- Carver, C. S., & Scheier, M. S. (1981). *Attention and self-regulation: A control theory approach to human behavior*. New York: Springer.
- Cierpka, M. (2000). Diagnostik in der Familientherapie. In A. R. Laireiter, *Diagnostik in der Psychotherapie* (pp. 217-234). Wien: Springer.
- Cierpka, M., & Frevert, G. (1994). *Die Familienbögen*. Göttingen: Hogrefe.
- Deissler, K. G. (1986). *Rekursive Informationsschöpfung. Zirkuläres Fragen als Erzeugung von Information*. Marburg: Unveröffentlichtes Manuskript.

- Deissler, K. G., & Zitterbarth, W. (1996). Psychotherapieforschung als sozialer Diskurs - Vorschlag zur qualitativen Erforschung therapeutischer Zusammenarbeit. *Zeitschrift für Systemische Therapie und Beratung*, 14(2), 88-97.
- Eckart, W. U. (2009). *Geschichte der Medizin*. Heidelberg: Springer.
- Festinger, L. (1957). *A theory of cognitive dissonance*. Stanford: Stanford University Press.
- Fiedler, K., Walther, E., & Nickel, S. (1999). The auto-verification of social hypotheses: Stereotyping and the power of sample size. *Journal of Personality and Social Psychology*, 77, 5-18.
- Fiegl, J., & Reznicek, E. (2000). Diagnostik in der Systemischen Therapie. In A. R. Laireiter, *Diagnostik in der Psychotherapie* (S. 235-245). Wien: Springer.
- Fischhoff, B. (1975). Hindsight is not equal to foresight: The effect of outcome knowledge on judgment under uncertainty. *Journal of Experimental Psychology*, 1, 288-299.
- Focus online*. (18. November 2011). Abgerufen am 21. Juni 2012 von http://www.focus.de/gesundheit/ratgeber/psychologie/news/psychotherapie-wartezeiten-sind-katastrophal_aid_685672.html
- Gauger, J. (2012). *Die Messung von psychosozialen Belastungen (Stress) in der Schwangerschaft als prognostische Faktoren für Schwangerschaftskomplikationen*. Berlin: Medizinische Fakultät Charite.
- Gehring, T. M. (1998). *Familiensystemtest*. Weinheim: Beltz.
- Hahlweg, K. (1996). *Fragebogen zur Partnerschaftsdiagnostik*. Göttingen: Hogrefe.
- Heekerens, H. P. (1990). Familiendiagnostik und Evaluationsforschung. *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie*, 39, 2-5.
- Helbig, S., & Hoyer, J. (2007). Hilft wenig viel? Eine Minimalintervention für Patienten während der Wartezeit auf ambulante Verhaltenstherapie. *Verhaltenstherapie*(17), 109-115.
- Hicks, C., & Hickman, G. (1994). The impact of waiting-list times on client attendance for relationship counselling. *British Journal of Guidance & Counselling*, 22(2), 175-182.
- Hinsch, J., & Steiner, E. (1993). Vom Paar zum Subjekt. Ein Beitrag zur Paartherapie. *Systeme*, 7, 34-45.
- Hinz, A., Stöbel-Richter, Y., Brähler, E., & Kubinger, K. D. (2009). Selbst- und Fremdbild bei der Paardiagnostik mit dem Gießen-Test. *Zeitschrift für Medizinische Psychologie*, 18, 81-87.
- Holm-Hadulla, R. M. (2000). Die therapeutische Beziehung. *Psychotherapeut*, 45, 124-136.
- Howels, J. G., & Lickorish, J. R. (1989). *Familien-Beziehungs-Test (4. Aufl.)*. München: Reinhardt.
- Jick, T. D. (1979). Mixing Qualitative and Quantitative Methods: Triangulation in Action. *Administrative Science Quarterly*, 60-611.

- Jungbauer, J. (2009). *Familienpsychologie kompakt*. Weinheim: Beltz.
- Käppler, C. (2008). Familiendiagnostik. In B. Röhrle, & F. S. Caspar, *Lehrbuch der klinisch-psychologischen Diagnostik* (pp. 224-250). Stuttgart: Kohlhammer.
- Kazantzis, N., Whittington, C., & Dattilia, F. M. (2010). Metaanalysis of homework effects in cognitive and behavioral therapy: A replication and extension. *Clinical Psychology: Science and Practice, 17*, 144-156.
- Klann, N., Hahlweg, K., Baucom, D. H., & Kroeger, C. (2011). The Effectiveness of Couple Therapy in Germany: A Replication Study. *Journal of Marital and Family Therapy, 37*(2), 200-208.
- Kos, M., & Biermann, G. (2002). *Die verzauberte Familie (5. Aufl.)*. Göttingen: Hogrefe.
- Krohne, H. W., & Hock, M. (2007). *Psychologische Diagnostik. Grundlagen und Anwendungsfelder*. Stuttgart: Kohlhammer.
- Kubinger, K. D. (1996). *Einführung in die Psychologische Diagnostik*. Weinheim: Beltz PVU.
- Kubinger, K. D. (1997). Themenheft "Testrezensionen: 25 einschlägige Verfahren. *Zeitschrift für Differentielle und Diagnostische Psychologie*.
- Kubinger, K. D. (2005). Psychologische Diagnostik und Systemische Therapie. In I. Manfredini, *Vielstimmigkeit in der systemischen Therapie* (pp. 91-96). Wien: Mails & More.
- Kubinger, K. D. (2009). *Psychologische Diagnostik - Theorie und Praxis psychologischen Diagnostizierens*. Göttingen: Hogrefe.
- Kubinger, K. D., & Jäger, R. S. (2003). *Schlüsselbegriffe der Psychologischen Diagnostik*. Weinheim: Beltz PVU.
- Kubinger, K. D., Alexandrowicz, R., Punter, J. F., & Brähler, E. (2003). Paardiagnostik mit dem Gießen-Test - Typische Paarprofile in der "Normal"-Bevölkerung. *Familiendynamik, 28*, 219-235.
- Laireiter, A. R. (2000). Diagnostik in der Psychotherapie: Perspektiven, Aufgaben und Qualitätskriterien. In A. R. Laireiter, *Diagnostik in der Psychotherapie* (pp. 3-23). Wien: Springer.
- Laireiter, A. R. (2005). Klinisch-psychologische und psychotherapeutische Diagnostik. In H. Bartuska, M. Buchsbaumer, G. Mehta, G. Pawlowsky, & S. Wiesnagrotzki, *Psychotherapeutische Diagnostik* (pp. 199-226). Wien: Springer.
- Laireiter, A.-R. (2003). Diagnostik in der Psychotherapie. *Report Psychologie, 1*, 27-42.
- Lambert, M. J., & Barley, D. E. (2001). Research summary on the therapeutic relationship and psychotherapy outcome. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training, 38*(4), 357-361.
- Lammers, C. H., & Schneider, W. (2009). Die therapeutische Beziehung - Verfahrensübergreifende Aspekte. *Psychotherapeut, 54*, 469-485.

- Lavee, Y., & Avisar, Y. (2006). Use of Standardized Assessment Instruments in Couple Therapy: The Role of Attitudes and Professional Factors. *Journal of Marital and Family Therapy*, 32(2), 233-244.
- Loth, W., & Schlippe, A. v. (2004). Die therapeutische Beziehung aus systemischer Sicht. *Psychotherapie im Dialog*, 5, 341-347.
- Ludewig, K. (1992). *Systemische Therapie. Grundlagen klinischer Theorie und Praxis*. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Ludewig, K. (2000). *Das Familienbrett. Ein Verfahren für die Forschung und Praxis mit Familien und anderen sozialen Systemen*. Göttingen: Hogrefe.
- Ludewig, K., Pflieger, K., Wilken, U., & Jakobskötter, G. (1983). Entwicklung eines Verfahrens zur Darstellung von Familienbeziehungen: Das Familienbrett. *Familiendynamik*, 8, 235-251.
- Luhmann, N. (kein Datum). *Multimediale Einführung in die soziologische Systemtheorie nach Niklas Luhmann*. Abgerufen am 7. Juli 2012 von <http://www.luhmann-online.de/glossar/autopoiesis.htm>
- Mattejat, F. (1994). *Das subjektive Familienbild*. Göttingen: Hogrefe.
- Mazursky, D., & Ofir, C. (1994). "I Knew It All Along" Under All Conditions? or Possibly "I Could Not Have Expected it to Happen" Under Some Conditions? *Organizational Behavior And Human Decision Processes*, 66, 237-240.
- Moss, R. H., & Moss, B. A. (1994). *Family Environmental Scale Manual: Development, Applications, Research - Third Edition*. Palo Alto: Consulting Psychologist Press.
- Muniz, J., Bartram, D., Evers, A., Boben, D., Matesic, K., Glabeke, K., et al. (2001). Testing practices in European countries. *European Journal of Psychological Assessment*, 17, 201-211.
- Nakano, Y., Sugiura, M. A., Hori, S., Oshima, M., Kitamura, T., & Furukawa, T. A. (2002). Japanese version of the quality of relationship inventory: Its reliability and validity among women with recurrent spontaneous abortion. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*, 56, 527-531.
- Neraal, T., Meyer, A., & Brähler, E. (1983). Zur Anwendung des GT-Paartests in der Familiendiagnostik. *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie*, 8(32), 278-285.
- Olson, D. H., Portner, J., & Bell, R. Q. (1982). *FACES II: Family Adaptability and Cohesion Evaluation Scales*. Minnesota: Family Social Science, University of Minnesota.
- Oskamp, S. (1965). Overconfidence In Case-Study Judgments. *Journal of Consulting Psychology*, 29, 261-265.
- Peikert, G., Hoyer, J., Mrazek, A., Rosendahl, W., Hannich, H.-J., & Jacobi, F. (2011). Ambulante psychotherapeutische Versorgung in Ostdeutschland. *Psychotherapeutenjournal*(1), 43-50.

- Pfundner, M. (1997). Erwartungen an die Partnerschaft. Erhebung der Determinanten eines Wunschbildes mittels des Fragebogens FEP. Diplomarbeit Universität Wien.
- Pierce, G. R., Sarason, I. G., & Sarason, B. R. (1991). General and relationship-based perceptions of social support: are two constructs better than one? *Journal of Personality and Social Psychology*, *61*, 1028-1039.
- Pierce, G. R., Sarason, I. G., Sarason, R. B., Solky-Butzel, J. A., & Nagle, L. C. (kein Datum).
- Pierce, G. R., Sarason, I. G., Sarason, R. B., Solky-Butzel, J. A., & Nagle, L. C. (1997). Assessing the quality of personal relationships. *Journal of Social and Personal Relationships*, *14*, 339-356.
- Pittermann, A., & Kubinger, K. D. (2011). Co-Existence or Alliance? Psychological Assessment and Its Effects on Therapeutic Process Using Systemic Psychotherapy as an Example. *Psychology*, *2*, 42-48.
- Pittermann, A., & Kubinger, K. D. (2011). Psychologische Diagnostik begleitend zur Systemischen Therapie - Ein Erfahrungsbericht. *Psychologie in Österreich*, *31*, 130-134.
- Pittermann, A., & Kubinger, K. D. (2012). Was bringen standardisierte psychologisch-diagnostische Verfahren vor dem Erstgespräch? Ein Feldexperiment zu Einsatzmöglichkeiten und Akzeptanz von Paardiagnostik bei Klienten und Therapeuten im Rahmen Systemischer Paartherapie. *Report Psychologie*, *4(37)*, 152-162.
- Powell, M. B., Hughues-Scholes, C. H., & Sharman, S. J. (2012). Skill in Interviewing Reduces Confirmation Bias. *Journal of Investigative Psychology and Offender Profiling*, *9*, 126-134.
- Psyonline. (2011). *Anzahl der PsychotherapeutInnen nach gesetzlich anerkannten Methoden*. Abgerufen am 2. Juli 2012 von <http://www.psyonline.at/contents/558/anzahl-der-psychotherapeutinnen-in-oesterreich-nach-methoden>
- Raymond, S., & Nickerson, R. S. (1998). Confirmation Bias: A Ubiquitous Phenomenon in Many Guises. *Review of General Psychology*, *2*, 175-220.
- Reiner, I., Beutel, M., Skaletz, C., Brähler, E., & Stöbel-Richter, Y. (2012). Validating the German Version of the Quality of Relationship Inventory: Confirming the Three-Factor Structure and Report of Psychometric Properties. *Plos One*, *7*, 1-6.
- Remschmidt, H., & Mattejat, F. (1999). *Familien-Identifikations-Test*. Göttingen: Hogrefe.
- Scheib, P., & Wirsching, M. (1994). Diagnostik in der Familientherapie. In P. L. Janssen, & W. Schneider, *Diagnostik in Psychotherapie und Psychosomatik* (pp. 165-195). München: Urban & Fischer.
- Schiepek, G. (1999). *Die Grundlagen der Systemischen Therapie*. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.

- Schlippe, A. v., & Schweitzer, J. (2002). *Lehrbuch der Systemischen Therapie und Beratung*. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Schlippe, A. v., & Schweitzer, J. (2010). *Systemische Interventionen*. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Schlippe, A. v., & Schweitzer, J. (2010). *Systemische Interventionen*. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Schneewind, K. A., & Kruse, J. (2002). *Die Paarklimaskalen*. Bern: Huber.
- Schneider, S., & Margraf, J. (2011). *DIPS - Diagnostisches Interview bei psychischen Störungen (4. überarbeitete Auflage)*. Berlin: Springer.
- Scholz, O. B. (1978). *Diagnostik in Ehe- und Partnerschaftskrisen*. München: Urban und Schwarzenberg.
- Schweitzer, J., Retzer, A., & Fischer, R. (1992). *Systemische Praxis und Postmoderne*. Frankfurt am Main: Suhrkamp.
- Sibitz, I., Swoboda, H., Schrank, B., Priebe, S., & Amering, M. (2008). Einbeziehung von Betroffenen in Therapie- und Versorgungsentscheidungen: professionelle HelferInnen zeigen sich optimistisch. *Psychiatrische Praxis*, 35, 128-134.
- Simader-Hunek, N. (2004). Die praktische Bewährung des "Fragebogens zu Angebot und Nachfrage in Partnerschaften (FAN): Was Teenager heute geben und haben wollen. Diplomarbeit Universität Wien.
- Simon, F. B., & Stierlin, H. (1984). *Die Sprache der Familientherapie*. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Steiner, E., Hinsch, J., & Brandl-Nebhay, A. (1994). Systemische Therapie. In G. Stumm, & B. Wirth, *Psychotherapie. Schulen und Methoden* (pp. 221-230). Wien : Falter Verlag.
- Stierlin, H. (2001). *Psychoanalyse - Familientherapie - systemische Therapie*. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Strauß, B. (2006). Über den Warencharakter von Psychotherapie. *Psychotherapeut*, 354-362.
- Stumm, G., & Wirth, B. (1994). Einführung. In G. Stumm, & B. Wirth, *Psychotherapie. Schulen und Methoden* (pp. 12-22). Wien: Falter Verlag.
- Suppiger, A., In-Albon, T., Hendriksen, S., Hermann, E., Margraf, J. & Schneider, S. (2009). Acceptance of structured diagnostic interviews for mental disorders in clinical practice and research settings. *Behavior Therapy*, 40, 272-279.
- Sydow, K. v. (2007). Systemische Psychotherapie (mit Familien, Paaren und Einzelnen). In C. Reimer, J. Eckert, M. Hautzinger, & E. Wilke, *Psychotherapie (ein Lehrbuch für Ärzte und Psychologen)* (pp. 289-316). Heidelberg: Springer.
- Sydow, K. v., Beher, S., Rezlaff, R., & Schweitzer, J. (2007). *Die Wirksamkeit systemischer Therapie/Familientherapie*. Göttingen: Hogrefe.

- Thielsch, M. T., Brandenburg, T., & Kanning, U. P. (2012). *Diagnostische Verfahren im Praxiseinsatz*. Abgerufen am 10. Juli 2012 von http://www.thielsch.org/download/proceedings/Thielsch_2012_GWPS.pdf
- Thomas, V. (2003). Prozessmodelle und Ratingskalen. In M. Cierpka, *Handbuch der Familiendiagnostik* (pp. 469-485). Berlin: Springer.
- Wade, T. C., Baker, T. B., Morton, T. L., & Baker, L. J. (1978). The Status of Psychological Testing in Clinical Psychology: Relationships Between Test Use and Professional Activities and Orientations. *Journal of Personality Assessment*, *S.* 3-10.
- Watkins, C. E., Campbell, V. L., Nieberding, R., & Hallmark, R. (1995). Contemporary practice of psychological assessment by clinical psychologists. *Professional Psychology: Research and Practice*, *54-60*.
- Weiss, H., & Harrer, M. E. (2010). Achtsamkeit in der Psychotherapie. Verändern durch "Nicht-Verändern-Wollen" - ein Paradigmenwechsel? *Psychotherapeutenjournal*, *1*, 14-24.
- Welter-Enderlin, R. (2. Oktober 2002). Die wunderbaren-wunderlichen Entwicklungen der Systemischen Therapie. *Eröffnungsvortrag zur 2. Wissenschaftlichen Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Systemische Therapie und Familientherapie (DGSF)*. Freiburg i. Br.
- Williams, A. R. (1978). Das gemeinsame Erstinterview zur Ehe- und Partnerschaftstherapie. In O. B. Scholz, *Diagnostik in Ehe- und Partnerschaftskrisen* (pp. 51-60). München: Urban und Schwarzenberg.
- Wunderer, E. (2005). Partnerschaft zwischen Anspruch und Wirklichkeit: Anforderungen von Ehepartnern und ihre Wirkung in Ehebeziehung. *Zeitschrift für Familienforschung*, *3*, 308-331.
- Wunderer, E., Schneewind, K. A., Grandegger, C., & Schmid, G. (2001). Ehebeziehungen. Eine Typologie auf Basis von Paarklima-Skalen. *Zeitschrift für Familienforschung*, *3*, 74-95.
- Zepf, S., Mengele, U., Marx, A., & Hartmann, S. (2001). *Zur ambulanten psychotherapeutischen Versorgungslage in der Bundesrepublik Deutschland*. Gießen: Psychosozial-Verlag.
- Zwack, J. (2012). Selbstachtsamkeit im Beruf - eine praktische Annäherung aus systemischer Sicht. *Systeme*, *26*, 5-22.

Danksagung

Ich möchte an dieser Stelle Dr. Joachim Hinsch danken, der zur Zeit der Durchführung der Studie das Institut für Ehe- und Familientherapie leitete und mich so großartig unterstützt hat, sowie Prof. Dr. Mag. Klaus Kubinger, der mich durch meine Dissertation begleitet hat.

Darüber hinaus gilt mein Dank dem Therapeutenteam des Instituts für Ehe- und Familientherapie, das sich geschlossen bereit erklärt hat, das Studienprojekt mitzutragen sowie dem Sekretariatsteam, das sich um die organisatorische Abwicklung der Zuordnung der Klienten und die Terminvereinbarung gekümmert hat. Ohne sie alle wäre die vorliegende Arbeit nicht möglich gewesen.

Ich möchte ebenso den Studienpaaren danken, speziell denen, die sich der Fragebogenuntersuchung unterzogen haben und mich an ihren Gedanken dazu teilhaben ließen.

Zu guter Letzt danke ich besonders meinen Eltern, die mich während meiner gesamten Ausbildung liebevoll unterstützt haben, meinem Mann für sein Verständnis und meiner kleinen Tochter für ihre Nachsicht, dass ich nicht immer für sie Zeit hatte, wenn sie sich das vielleicht gewünscht hätte.

Lebenslauf

Mag.rer.nat. Anna Pittermann
(geb. Titscher)

Angaben zur Person:

Geburtstag/-ort: 21.11.1980, Wien
Familienstand: verheiratet mit Dr. Michael Pittermann
Tochter: Lara Pittermann, *26.02.2011
Eltern: Univ. Prof. Dr. Stefan Titscher
Wirtschaftsuniversität Wien
Ass. Prof. Dr. Eva Presslich
Medizinische Universität Wien
Anschrift: Schopenhauerstrasse 45/20, 1180 Wien
Telefon: +43/650/430 20 29
E-Mail: anna.pittermann@gmx.at

Schulbildung:

1986 - 1990 Volksschule Wien 17
1990 - 1995 Bundesgymnasium Wien 19
1995 - 1998 Bundesrealgymnasium Wien 18
06/98 Matura mit ausgezeichnetem Erfolg

Studium:

WS 98 – WS 00 Studium der Handelswissenschaften an der
Wirtschaftsuniversität Wien
WS 00 – WS 04 Studium der Psychologie an der Universität Wien
Abschluss mit dem Magister der Naturwissenschaften
(Diplomarbeitsthema: „Zur Miterfassbarkeit des
Reaktionstyps helpless vs. master nach Dweck et al.
mittels AID 2“, Arbeitsbereich Psychologische Diagnostik)
WS 03/04 Auslandssemester an der Universidad Autonoma de
Barcelona
Seit WS 05/06 Doktoratsstudium der Psychologie an der Universität Wien

Weiterführende Ausbildungen:

Seit 2009 Eingetragene Systemische Familientherapeutin

Seit 2006 Eingetragene Klinische- und Gesundheitspsychologin

2004 Abschluss des Universitätslehrgangs
Psychotherapeutisches Propädeutikum mit Auszeichnung

Arbeitsplatz:

Seit 2006 Allgemeines Krankenhaus der Stadt Wien
Universitätsklinik für Chirurgie
Währinger Gürtel 18-20, 1090 Wien

Klinische Psychologin und Gesundheitspsychologin;
Systemische Psychotherapeutin

Psychologische Betreuung von Schwerbrandverletzten
Betreuung von Patienten vor, während und nach
Organtransplantationen
Psychologische Betreuung im Rahmen von Plastisch-
chirurgischen Eingriffen
Krisenintervention
Angehörigenberatung
Wissenschaftliche Tätigkeit (Durchführung von Studien,
Publikationen, Kongressbeiträge)

Weitere Tätigkeiten:

Seit 2010 Mitarbeit im Christian Doppler Labor zur
Wiederherstellung von Extremitätenfunktionen
(Medizinische Universität Wien)

Seit 2008 Leitung der Lehrveranstaltung „Familiendiagnostik“ an der
Universität Wien

Seit 2007 Lehrveranstaltungsleitung an der Kinderuni Medizin

Seit 2007 Mitglied des PAM Committee of the European Burns
Association (www.euroburn.org)

Erarbeitung von europäischen Behandlungsstandards für
Brandverletzte
Durchführung von Studien zur Betreuungssituation in
Brandverletzentren
Kongressorganisation

2004 – 2006 Leitung des „Psychiatriepraktikums für Medizinstudenten“
(Bereich Kinderpsychiatrie) an der Medizinischen
Universität Wien

Praktika:

2009 Division of Plastic, Reconstructive and Aesthetic Surgery,
Prince of Wales Hospital, Hong-Kong

- 2007 Zentrum für brandverletzte Kinder, Plastische und Rekonstruktive Chirurgie; Kinderspital Zürich
- 2002 – 2003
und 2005 – 2006 Co-Therapeutin am Institut für Ehe- und Familientherapie, Wien.
Gebiet: Systemische Familientherapie
- 2001 – 2005 Universitätsklinik für Neuropsychiatrie des Kindes- und Jugendalters, Allgemeines Krankenhaus Wien
Gebiet: Klinische Psychologie, klinisch-psychologische Diagnostik
- 2003 – 2004 Hospital de la Santa Creu i Sant Pau, Psicoterapia y Escuela de Terapia Familiar, Barcelona
Gebiet: Systemische Familientherapie
- 12/04 – 12/05 Ausbildung zur Klinischen- und Gesundheitspsychologin (GKPP, Wien)

Publikationen-Zeitschriftenartikel:

Was bringen standardisierte psychologisch-diagnostische Verfahren vor dem Erstgespräch? Ein Feldexperiment zu Einsatzmöglichkeiten und Akzeptanz von Paardiagnostik bei Klienten und Therapeuten im Rahmen Systemischer Paartherapie. Pittermann, A & Kubinger, KD (2012). Report Psychologie, 4(37): 152-162.

After massive weight loss: patients' expectations of body contouring surgery. Kitzinger HB, Abayev S, Pittermann A, Karle B, Bohdjalian A, Langer FB, Prager G, Frey M (2012). Obes Surg.; 22(4): 544-548.

The prevalence of body contouring surgery after gastric bypass surgery. Kitzinger HB, Abayev S, Pittermann A, Karle B, Kubiena H, Bohdjalian A, Langer FB, Prager G, Frey M (2012). Obes Surg.; 22(1): 8-12.

Psychologische Diagnostik begleitend zur Systemischen Therapie - Ein Erfahrungsbericht. Pittermann, A & Kubinger, KD (2011). Psychologie in Österreich, 31: 130-1344.

Co-Existence or Alliance? Psychological Assessment and Its Effects on Therapeutic Process Using Systemic Psychotherapy as an Example. Pittermann, A & Kubinger, KD (2011). Psychology, 2: 42-48.

Emotional associations with skin: differences between burned and non-burned individuals. Titscher, A, Lumenta, DB, Kamolz, LP, Mittelboeck, M, Frey, M (2010). Burns; 36(6): 759-63.

A new diagnostic tool for the classification of patients with self-inflicted burns (SIB): the SIB-Typology and its implications for clinical practice. Titscher A, Lumenta DB, Belke V, Kamolz LP, Frey M (2009). Burns, 35(5): 733-7.

An Innovative Method for Testing Children's Achievement-Related Reactions. Titscher, A & Kubinger, KD (2008). School Psychology International, 29, 452-65.

Publikationen-Buchbeiträge:

Klinische Psychologie in der Plastischen Chirurgie. Pittermann, A. In: Klinische Psychologie im Krankenhaus. Hrsg.: Lehrner, J, Stolba, K, Traun-Vogt, G, Vökl-Kernstock, S (2011). Springer Verlag.

Psychologische Betreuung von Brandverletzten. Titscher, A. In: Verbrennungen - Diagnose, Therapie und Rehabilitation des thermischen Traumas. Hrsg.: Kamolz, LP, Herndon, DN, Jeschke, MG (2009). Springer Verlag.

Kongressbeiträge/Vorträge: (Auswahl)

European Wound Management Congress, Wien, 2012 (eingeladener Vortrag)
Psychological Aspects of Burn Care

48. Jahrestagung der Österreichischen Gesellschaft für Plastische, Ästhetische und Rekonstruktive Chirurgie, Graz, 2010
Bodylift – die subjektive Bewertung durch die Patienten und das erlebte Körperempfinden

15th Meeting of The International Society of Burn Injuries, Istanbul, 2010
Emotional associations with skin in burn patients

1. Wiener Workshop für Verbrennungschirurgie, Wien, 2009 (eingeladener Vortrag)
Psychologische Behandlung von Brandverletzten

Prince of Wales University Hospital, Hongkong, 2009 (eingeladener Vortrag)
Psychology in Plastic Surgery

26. Jahrestagung der deutschsprachigen Arbeitsgemeinschaft für Verbrennungsbehandlung, Engelberg, 2008
Patienten mit selbst verursachten Verbrennungen: praktische Implikationen des Vorhandenseins von psychiatrischen Erkrankungen

14th Meeting of The International Society of Burn Injuries, Montreal, 2008
Patients with self-inflicted burns: the impact of pre-existing psychiatric illness and its implications for the clinical practice

1. Fachtagung des Klinisch-psychologischen Fachgremiums, Wien, 2008 (eingeladener Vortrag)
Psychologische Betreuung von Brandverletzten

9th European Congress of Psychology, Granada, 2005
Assessment of children's achievement-related reactions of helplessness while administering the intelligence test-battery AID 2

43. Kongress der Deutschen Gesellschaft für Psychologie, Berlin, 2002 (Poster)
Weibliche sexuelle Eifersucht: Indirekte Evidenz für Zyklusphasenabhängigkeit und Mediatorfunktion oraler Kontrazeptiva

Co-Existence or Alliance? Psychological Assessment and Its Effects on Therapeutic Process Using Systemic Psychotherapy as an Example

Anna Pittermann^{1,2}, Klaus D. Kubinger²

¹Department of Surgery, Medical University of Vienna, Vienna, Austria;

²Faculty of Psychology, University of Vienna, Vienna, Austria.

Email: anna.pittermann@akhwien.at

Received August 5th, 2010; revised December 22nd, 2010; accepted December 27th, 2010.

Psychotherapists are still uncertain about what positive or negative effect psychological assessment might have on the process of psychotherapy. The aim of this study was to sum up the effects of psychological assessment on the therapeutic process in the systemic therapy of couples. The question of whether psychological assessment techniques enhances therapeutic progress and helps to achieve therapeutic goals, from the point of view of the clients, was investigated using randomized samples of clients in couples therapy. For this purpose, couples, who had signed up for systemic psychotherapy, were randomly placed in either a group with psychological assessment or one without. In addition to the continual monitoring of the subjective achievement of therapeutic goals, the perceived benefits of the results of the psychological assessment by the clients and therapists were also investigated. The investigation of 42 couples showed that therapeutic success, from the client's point of view, occurred sooner and was more stable when a psychological assessment was done in advance. In general, psychological assessment was seen in a more positive light by the couples than by the therapists.

Keywords: Psychological Assessment, Systemic Psychotherapy, Therapeutic Progress

Psychotherapy and Psychological Assessment

Despite the extensive literature on psychological assessment (Kubinger, 2003; Kubinger, 2006) and its application within psychotherapy (Cierpka, 2000, 2003; Fiegl & Reznicek, 2000; Kubinger, 2006; Laireiter, 2000a) there is still great uncertainty among practicing psychotherapists about the use of psychological assessment within their work. In Austria clinical-psychological assessment forms only a small part, if at all present, of what is taught as part of psychotherapy education (e.g. Training guidelines - Psychoanalysis; Austrian Psychotherapy Act; Training guidelines - Systemic Therapy), resulting in little engagement with this subject for those psychotherapists without additional clinical psychological or psychological training. Psychological assessment is, thematically and in terms of application, closely linked to psychotherapy. Many questions addressed by psychological assessment are also relevant to psychotherapeutic practice and some questions can only be answered with the aid of psychological assessment (Laireiter, 2005). Despite, or perhaps, because of this close and yet vague connection, most therapists have a very clear attitude towards psychological assessment. They have decided to either reject, endorse or simply ignore the option of employing it, while the need is not felt for either the gathering of findings about efficacy based on psychological assessment or for existing findings to be incorporated into therapy (Ludewig, 2005; Stieger, 1995). This attitude is seldom supported by thoroughly researched results or experience tested in practice. Most of these attitudes either stem from personal opinion or life experience, and not from the scrutiny of the particular theoretical concepts of as-

essment, or are based on a profound lack of information about how to employ psychological assessment. Control studies of the effects of psychological assessment within psychotherapeutic processes, whether fruitful or disruptive in nature, could not be found even in extensive research of literature. Assessment, as an information gathering process, and psychotherapy whether seen as a fruitful partnership or an enforced and not very harmonic relationship, are an "integral element of a circular process" (Scheib & Wirsching, 1994, p. 169). In everyday practice the therapist always encounters psychological assessment anew; patients come to the therapist with diagnoses or results, the therapist creates a hypothesis based on information, evaluates their own work with the help of assessment techniques (Braun & Regli, 2000; Laireiter, 2000b) and even sometimes employs these for therapeutic purposes (especially projective techniques such as the Enchanted Family (Kos & Biermann, 2002), representational tests such as the Family System Test (Gehring, 1998), or circular questioning in the Subjective Family Image (Mattejat, 1994)), for further information about assessment tasks in psychotherapy, see (Laireiter, 2000c). Some assessment techniques even come unmistakably from a therapeutic background (such as Beckmann, Brähler and Richter's Giessen Test (Beckmann, Brähler, & Richter, 1983) psychoanalysis or the Family Board (Ludewig, 2000) systemic family therapy). There are, especially among the main systemic family therapy clientele, namely couples and families (in the widest definition of those words), a large number of techniques which concentrate on this target group and the most common problems that they bring to psychotherapy. These techniques include Couples Diagnosis with the Giessen test (Brähler & Brähler, 1997), the Family Relations Indicator (Howells & Lickorish, 1989), the

Family Assessment Measure (Cierpka & Frevert, 1994), the Family System Test (Gehring, 1998) and the Family Identification Test (Remschmidt & Mattejat, 1999) (see also Ludewig, 2000; Brähler & Brähler, 1997; Benninghoven, Cierpka and Thomas, 2003; Thomas, 2003). Despite this wide range of test instruments many therapists would rather rely on their own diagnostic aptitude than an assessment procedure or gathering more information. The aim of this study is to investigate whether the therapeutic process in systemic family therapy is positively or negatively influenced by psychological assessment. A positive influence could be a focusing of the therapy process based on the results of an assessment done prior to therapy.

Psychological assessment could in this way simplify therapeutic work for the therapist, accelerate the achievement of therapeutic goals or lead to greater client satisfaction. However, it is also conceivable that this type of assessment has no influence, or even has a disruptive influence on the therapeutic process because it requires resources such as time and energy without providing any advantage to the therapeutic process. Furthermore, it might be subjectively experienced by the client as unhelpful or labeling.

Trial Plan and Methods

The study of the effects of psychological assessment on systemic couples therapy was carried out at the Institut für Ehe- und Familientherapie (IEF; Family Therapy Institute), Vienna. The IEF is a Vienna Social Services institute which currently employs nine systemic psychotherapists. The Family Therapy Institute provides systemic psychotherapy for couples, families and individuals. Psychological assessment is not routinely carried out there. The management team, therapeutic team and administrative team have all already kindly agreed to take part in the study, and to support the research project.

The plan for the study was to include couples who contacted the institute with “partnership problems” (as opposed to difficulties relating to other members of the family group). The randomization of couples was carried out by using the date that they joined the study. The couples were alternately placed in the “therapy without psychological assessment (PA)” (control group, CG) and the “therapy with psychological assessment” (trial group, TG). The trial group couples underwent psychological assessment lasting approximately one hour before the first session with the therapist (see Figure 1). In accordance with Orlinsky (2008) no attention was paid to the therapeutic variables (gender, age, number of years at IEF etc.) as it is in any case unclear as to how these effect the therapeutic process.

During the first four sessions, the clients from both groups were continually monitored by gathering information about their experience of the therapeutic progress. The number of sessions chosen for observation was based on the experience of the Family Therapy Institute, which showed that most therapeutic change happened within the first four sessions and that it was very possible to form an opinion on the success of the therapy at this point. Moreover, due to the numerous short courses of therapy that are carried out at the Family Therapy Institute, and for comparison and cost reasons, it seemed most logical to document the first four sessions. The documentation carried out by the therapist at the end of each session included

the therapist’s subjective appraisal of the degree of achievement of goals on a scale of 1 to 10 (1 = no achievement; 10 = maximum achievement of therapeutic goals), the documenting of the therapeutic process (routine electronic documentation of content of the session) and, if necessary, the documenting of any early termination or other therapeutic change. At the end of the session the couples were asked to separately mark their evaluation of the therapeutic progress on a scale of 1 to 10 (1 = no progress; 10 = maximum progress). Additionally, after the fourth session the clients of the “with psychological assessment” group were asked for their feelings about psychological assessment and whether they would judge the instruments used to be helpful or interesting, or not. After the fourth session the therapists with clients of the “with assessment” group also received a questionnaire about how they, in retrospect, would evaluate the information obtained by psychological assessment. At the end of the four sessions of the study all the clients and therapists completed a final questionnaire regarding the achievement of the therapeutic goals.

Test Condition “With Psychological Assessment”

After initial contact with the Family Therapy Institute the subjects under the test condition “with psychological assessment” completed an assessment session lasting approximately one hour, during which they were presented with two relationship assessment questionnaires to work through. Every couple was separated so that each partner worked alone on the couples assessment with the Giessen Test (Brähler & Brähler, 1997) and the questionnaire about supply and demand in partnerships ([Fragebogen zu Angebot und Nachfrage] FAN (Pfundner,

Test Group “with assessment”	Control Group “without assessment”
Telephone contact by the couple	Telephone contact by the couple
Assessment Appointment Couples diagnosis with the Giessen test Questionnaire about supply and demand in partnerships	-
1st session Discussion of results Evaluation of therapeutic progress M/W/T	1st session Evaluation of therapeutic progress M/W/T
2nd session Evaluation of therapeutic progress M/W/T	2nd session Evaluation of therapeutic progress M/W/T
3rd session Evaluation of therapeutic progress M/W/T	3rd session Evaluation of therapeutic progress M/W/T
4th session Evaluation of therapeutic progress M/W/T Therapeutic goals reached questionnaire M/W/T Questionnaire about psychological assessment M/W/T	4th session Evaluation of therapeutic progress M/W/T Therapeutic goals reached questionnaire M/W/T

Figure 1.
Table representing the planned study (M/W/T = conducted by Man/Woman/Therapist).

1997; Simader-Hunek, 2004; Kubinger, 2007).

Couples Assessment with the Giessen Test

Couples assessment with the Giessen test comprises of two questionnaires for each partner. Using the 40 items of the Giessen test, each partner first evaluates himself (self evaluation) and then his/her partner (external evaluation). The analysis is carried out on the scales "social response", "dominance", "control", "underlying mood" and "permeability".

The method used adult, heterosexual couples as a standard and enabled the description of individual characteristics, the comparison of these descriptions for both partners, and the comparison of interactions (degree of symmetry, degree of complementarity, degree of validation, the contradictions uncovered in the self and external evaluations, and the degree of identification). Couple types have not been allocated due to their controversial status (Kubinger et al., 2003).

The Partnership Supply and Demand Questionnaire

In the partnership supply and demand questionnaire each partner is able to use the Q-sort method to state which aspects of living together in the partnership, which they receive from the other partner, are particularly important to them, and which aspects they are willing to give. By using the Q-sort technique, in which individual answers must be ordered in a graded series of categories of subjective importance, the grading of every answer as "very important" is avoided and an individual ranking of priorities becomes necessary. The analysis is carried out descriptively in an overview of the interindividual and intraindividual differences between supply and demand.

In order to avoid gathering redundant information with the psychological assessment and the first interview, special attention was paid to choosing instruments to use in the study which provide information that went beyond a medical history. The purpose of the methods used was to elicit more information than the first and second interviews normally yielded, and to deliver relevant results for the assessment of the relationship. Projective methods were avoided because of the possible obstructive effects on a clear delineation between intervention and assessment. The Giessen Test and The Partnership Supply and Demand Questionnaire were chosen, on the one hand, because they were specially designed for use with couples (as opposed to many other methods which provide more insight into relationships between more than two people), and also because they offer many opportunities for couples therapy feedback. They could positively influence the therapy process by providing both more information to the therapist and more clarity to the client, and they therefore have the potential to focus the therapeutic process and steer it onto the right tracks.

The results of the questionnaire were compiled by the person in charge of the study and retained in one closed envelope for the therapist and another for the client. During the first session that the client and therapist had together the envelopes were opened and the results were read. The other trial group sessions of the study took place in a similar manner to those of the control group (again see Figure 1).

Gathering of Data

The gathering of data at the Institut für Ehe-und Familien-

therapie ran from April 2006 (first applications) to August 2007 (last results from the couples in the study).

The Participants

The couples who took part in the study consisted of 42 men and 42 women. At the time of initial contact 23 couples (54.8%) were married and 19 (45.2%) were living together. 73.8% of the clients stated that they lived with their partner and one or more children, 14.3% lived with their partner, 9.5% lived alone and 2.4% lived alone with their child. It was not possible to collect information about the current professions of 12 of the 84 people in the study. Of the remaining 72 people, 40 were employees (55.6%), 10 stayed at home (13.9%), 6 were unemployed (8.3%), 5 were students, 4 (5.6%) were self employed and 3 (4.2%) were skilled workers. 3 people were retired. The couples who contacted the Institut für Ehe-und Familientherapie for therapy all came from the greater Vienna area.

Application

25 couples (59.5%) made contact seeking therapy of their own initiative, the other 17 couples (40.5%) were referred (for example by counseling centres, psychiatric institutions, etc.). In 66.7% of cases, contact was made by the woman.

17 couples (40.5%) gave a possible separation as their reason for the application, 23 couples (54.8%) indicated conflict within the relationship, and for two couples (4.8%) violence was the reason for starting therapy.

The Setting

13 couples had a male therapist, 21 couples a female therapist, 2 couples had a male/female co-therapist team, and 2 couples a female/female co-therapist team. 4 couples, who had had an assessment appointment, did not start therapy at the IEF.

Procedure

There was room in the study for 42 couples, i.e. 84 individuals. There were 26 couples (61.9%) in the trial group and 16 (38.1%) in the control group. The clients included in the study contacted the IEF about couple therapy by phone and had a 50:50 chance of being assigned either to the trial or control group. When the clients made contact by phone a list immediately identified if they were to be in groups with or without Psychological Assessment. The clients with psychological assessment were immediately invited to the first assessment appointment. Every client, regardless of whether they were assigned to the trial group or control group was informed that there would be a waiting period before the first interview. The waiting period at the Family Therapy Institute is, several weeks to months due to the high demand, and this means that by the time a first interview session becomes available the client may possibly have lost interest in therapy or have solved their own problems themselves.

It is notable that considerably more clients from the trial group actually appeared for their first interview, although they had exactly the same length of time to wait for the first interview. This explains the difference in percentage of clients in the trial group and control group after distribution.

Results

Therapy Status

In August 2007, 21 couples (50.0%) were in ongoing therapy according to study conditions, 17 (40.5%) had ended therapy, 3 were no longer interested and one couple remained on the waiting list. 56.0% of the couples for whom therapy had already ended belonged to the group without assessment (control group) and 44.0% to the group with assessment (trial group) (see Table 1). As regards the completion or continuation of therapy, there was no significant difference (chi-square test: $p = 0.444$) between the couples with and the couples without psychological assessment.

Of the 17 couples who were no longer in therapy, 8 (41.1%) had broken off the therapy, 9 (52.9%) had ended the therapy in mutual agreement with the therapist or therapists. Also in this case, there was no significant difference regarding the reasons for ending therapy between the two groups (chi-square test: $p = 0.819$, see Table 2).

Duration of the Therapy

The number of clients in therapy over the four observed sessions can be found in Figure 2. Of 26 (100%) clients starting therapy with psychological assessment, 22 (84.6%) appeared for the first therapy session. The same number of clients with psychological assessment came to the second session. 20 (76.9%) continued with the third session, and there was a total of 19 present at the fourth session (73.1%). The distribution of clients without psychological assessment looked a little different.

In this case, 16 couples appeared for the first session (the 100% mentioned in the table should not disguise the fact that considerably more couples made contact and underwent a first interview appointment. However, as they were part of the group without assessment they were not considered to have not appeared for their first session - a situation that will be explored at more length in the discussion). 87.5% (14 couples) were at the second session, 68.8% at the third and only 50.0% (8 couples) remained for the fourth session. The difference in number of sessions attended between the couples with and without psychological assessment was not significant (chi-square test: $p = 0.075$).

Table 1.
Therapy status.

	Ongoing Therapy	Ended Therapy
With Psychological Assessment	14 (56.0%)	11 (44.0%)
Without Psychological Assessment	7 (43.8%)	9 (56.3%)

Table 2.
Reasons for ending therapy.

	Couple Drop Out	Mutually Agreed Cessation
With Psychological Assessment	4 (50.0%)	4 (50.0%)
Without Psychological Assessment	4 (44.4%)	5 (55.6%)

The time between application and first session was different between the two groups: 69 days (range: 21-138) versus 52 days (6-187), for the trial group and control group respectively. Whereas the time period within the trial group between application and testing was about 30 days (12-62). As regards the time period between the individual sessions, there was no significant difference between the control group and trial group couples (GLM: $p = 0.418$).

Therapeutic Progress Made Over the Course of the Sessions

Self Evaluation by the Clients

The self evaluation of therapeutic success of the clients with and without psychological assessment is recorded in Table 3. The evaluation of the therapeutic progress of clients in the group with psychological assessment shows a significant difference between the different points in time in the therapy (Friedman test, $p = 0.002$). The self evaluation increased constantly over time. The group without psychological assessment also displayed a significant difference between points in time (Friedman test, $p = 0.005$). After an initial increase in self evaluation, by the 3rd session this had fallen below the value for the first session, only to increase significantly again in the fourth session. For clients with psychological assessment significantly better values, in comparison to the first session, were already apparent by the third session, for clients without assessment this improvement was not apparent until the fourth session.

If the difference in self evaluation between the sessions in the categories, improvement (“+”), no improvement (“0”) and deterioration (“-”) is considered, it becomes apparent that between the 2nd and 3rd sessions significant frequent improvements appear in the group with psychological assessment, while significant frequent improvements only become clearly apparent in the group without psychological assessment between the 3rd and 4th sessions (Table 4). When observed in detail the improvements both at the time point of session 3 and 4 are significantly higher for the group with psychological assessment.

A breakdown of the results according to gender shows that there is no difference in self evaluation for men over time between the groups with and without psychological assessment (Friedman test; $p = 0.069$). Only in the third session was a significant difference to be seen (U test; $p = 0.047$), in that male

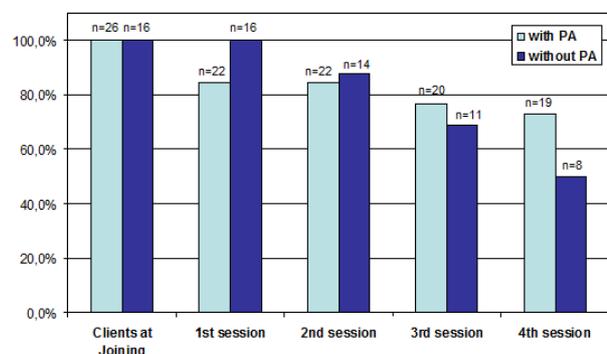


Figure 2.
Number of clients in therapy. (PA = Psychological Assessment)

Table 3.
Evaluation of therapeutic goals with and without psychological assessment.

	With Psychological Assessment		Without Psychological Assessment	
	n	Md (range)	n	Md (range)
Self Evaluation				
1st session	40	4 (0-10)	30	5 (1-10)
2nd session	39	5 (0-10)	24	6.5 (2-10)
3rd session	36	6.5 (3-10)	17	5 (0-10)
4th session	28	6.5 (3-10)	11	8 (4-10)

Table 4.
Evaluation of therapeutic goals with and without psychological assessment, including differences in self evaluation between sessions.

	With Psychological Assessment		Without Psychological Assessment	
	n	Md (range)/%	n	Md (range)/%
Self Evaluation				
1st session	40	4 (0-10)	30	5 (1-10)
Difference	+	21 (56.8%)	+	12 (50.0%)
1st-2nd session	0	6 (16.2%)	0	6 (25.0%)
	-	10 (27.0%)	-	6 (25.0%)
2nd session	39	5 (0-10)	24	6.5 (2-10)
Difference	+	22 (66.7%)	+	4 (26.7%)
2nd-3rd session	0	4 (12.1%)	0	3 (20.0%)
	-	7 (21.2%)	-	8 (53.3%)
3rd session	36	6.5 (3-10)	17	5 (0-10)
Difference	+	10 (35.7%)	+	8 (88.9%)
3rd-4th session	0	7 (25.0%)	0	1 (11.1%)
	-	11 (39.3%)	-	0 (0.0%)
4th session	28	6.5 (3-10)	11	8 (4-10)

(+, improvement, 0. no change, -. decrease)

clients with psychological assessment evaluated their therapeutic progress as being better (Med = 6.5) than men without assessment (Med = 4.5). In the case of the women a significant difference over time (Friedman test: $p = 0.039$) was observed in the group with assessment which was not present in the group without psychological assessment (Friedman test, $p = 0.115$).

Women with assessment improved continually over time in their self evaluations (Med. 1st session = 4.5; 2nd session = 5; 3rd session = 6.5; 4th session = 7). Women without assessment displayed a non significant decline after the third session (Med. for the 4th sessions: 5, 6, 5, 8).

External Evaluation by the Therapist

Clients from the group with psychological assessment always gave themselves a higher value than the therapist did. By the 3rd session this difference had become significant (Wilcoxon test, $p < 0.001$) (Table 5). The clients without psychological assessment evaluate their therapeutic progress higher than their therapists do. In this group the difference becomes significant in the 1st session (Wilcoxon test, $p = 0.003$) and 2nd session (Wilcoxon test, $p = 0.002$) (Table 5). There was no significant difference in the therapist’s evaluations between clients wi-

th/without psychological assessment (U test, $p > 0.05$).

Subjective Evaluation of Psychological Assessment

By the Clients: 66.7% of clients stated that the examination prompted them to think things through and 33.3% felt the psychological test helped them to deal with their difficulties. By the Therapists: In only 10.8% of cases did the therapists experience psychological assessment as being supportive of the therapeutic process. In at least 24.3% of cases the results were considered a relevant source of additional information. In their evaluation of the benefits of the assessment for the clients, the therapists indicated that they believed psychological assessment had prompted the client to think things through in only 25.7% of cases, and it was accepted that assessment helped clients to deal with their difficulties in only 8.6% of cases.

Discussion

The results of this study relating to the effects of psychological assessment on the therapeutic process show that psychological assessment doesn’t have a negative effect on any of the parameters investigated by us. The values of the self evaluation of therapeutic success increase over time for clients with and without assessment - a fact that indicates that therapy is experienced by clients as helpful and relevant irrespective of the provision of psychological assessment or its absence. It is noticeable, however, that for clients with psychological assessment the therapeutic benefits subjectively experienced seem to occur sooner and may be more permanent. An earlier significant improvement is experienced by the clients in this study, i.e. after the completion of testing, and this improvement is more stable. A clear difference between the genders regarding benefit from psychological assessment could not be established. It was notable that the therapeutic progress experienced by the clients was always greater than that of their therapists’ evaluations. The therapists did, however, see a continual improvement in their clients, but indicated obvious therapeutic progress only at a later stage than the clients did. The earlier and more stable therapeutic success for clients with psychological assessment was related, as also stated by the clients who were questioned about the subjective evaluation of the assessment carried out, to the examination with psychological testing of the couples being useful in helping the couples to deal with the problems that had led them to therapy in the first place. They could therefore make earlier constructive use of the therapy. The initial conclusion to be drawn is that, despite the clearly very limited context

Table 5.
Evaluation of therapeutic success by the therapist (treatment and control group).

	With Psychological Assessment		Without Psychological Assessment	
	n	Md (range)	n	Md (range)
Self Evaluation				
1st session	41	4 (0-7)	28	3 (1-7)
2nd session	39	4 (0.8)	22	3 (1-6)
3rd session	36	4 (1-9)	15	4 (0-7)
4th session	19	6 (2-9)	9	6 (4-8)

of only two instruments being used in the psychological test examination within the unique circumstance of couples therapy within the framework of a systemic therapy institute, psychological assessment can indeed have a very positive influence on the therapeutic process. A further positive aspect of psychological assessment is apparent in that an assessment done before the first session can lead to a couple appearing for therapy despite a long waiting period. It must be noted that there is no data about how many couples without assessment dropped out during the waiting period, as it is exclusively the couples who appeared for their first interview appointment in the group without assessment who appear in the statistics. At this point therefore it can only be observed, without being supported by figures, that the number of couples that did not appear for their first interview after assessment was carried out was an order of magnitude smaller than that of the couples in the group without an assessment appointment. It seems possible that either this difference can be explained by the couples having already “invested” in the assessment and wanting to justify having gone to this trouble and they therefore appear for their first interview to find out the results of the assessment, or it could be that the assessment carried out during the waiting period conveyed the impression to the couples that real interest was being shown in their problems and in this way a stable commitment to the therapy institute was established. The fact that there is no difference between the groups in the breaking off or ending of therapy indicates that the couples who appeared for therapy, irrespective of whether testing has previously been carried out or not, were genuinely interested in undertaking therapy.

In order to answer the question of what use psychological assessment has for clients and therapists at the end of the day, the subjective evaluation of the relevance of psychological assessment was investigated from a clients' and therapists' point of view. The final evaluation questionnaire filled out by the trial group included the opportunity to give an open answer to the question, “I found the questionnaire examination to be helpful/not helpful, because:” While the clients were sparing with their criticism, and only in one or two cases said that the test results were not of enough significance or already known, the therapists took issue with numerous difficulties with psychological assessment. The criticism included the statements that psychological assessment was too superficial, irrelevant to the therapeutic process, would cement hypotheses, and that the results were in stark contrast to the problems claimed. Not one therapist gave a positive evaluation of psychological assessment. The clients, on the other hand, presented a great many arguments in support of psychological testing. The clients indicated that they found the questionnaire examination to be helpful since it gave them an overview of the necessity of formulating their difficulties and general problems, concretized the “initial conditions” of the problems, provoked contemplation of and engagement with their image of themselves and how others saw them, and in this way allowed the development of a new understanding of the problem. The clients noted that in addition to this they had gained new perspectives on their problems, but also the things they had in common had become clearer and avenues to discussion between the partners had opened up. It is certainly necessary and desirable that further investigation, using various different control studies and different test techniques, is carried out in order to identify the optimal ways of

implementing psychological assessment within the therapeutic process for the future. This first study regarding the possibility, not simply of the coexistence, but the actual alliance of psychological assessment and psychotherapy has clearly shown that this course of action is worth pursuing.

Acknowledgements

The authors would like to thank the head of the Institute für Ehe-und Familientherapie, Dr. Joachim Hinsch, and his team who made this study possible.

References

- Austrian Psychotherapy Act. <http://www.psyonline.at>
- Beckmann, D., Brähler, E., & Richter, H. E. (1983). *Der Gießen-test*, (3rd Edition). Bern: Verlag Hans Huber.
- Benninghoven, D., Cierpka, M., & Thomas, V (2003). Überblick über familiendiagnostische fragenbogeninventare. In: M. Cierpka (Ed.), *Handbuch der Familiendiagnostik* (pp. 487-510). Berlin: Springer.
- Braun, U., & Regli, G. (2000). Psychotherapie-evaluation in der praxis. In: A. R. Laireiter (Ed.), *Diagnostik in der Psychotherapie* (pp. 459-475). Vienna: Springer.
- Brähler, E., & Brähler, C. (1997). *Paardiagnostik mit dem Gießen-test*. Bern: Verlag Hans Huber.
- Cierpka, M. (2000). Diagnostik in der familientherapie. In: A. R. Laireiter (Ed.), *Diagnostik in der psychotherapie* (pp. 217-234). Vienna: Springer.
- Cierpka, M. (2003). *Handbuch der familiendiagnostik*. Berlin: Springer.
- Cierpka, M., & Frevert, G. (1994). *Die Familienbögen*. Göttingen: Hogrefe.
- Fiegl, J., & Reznicek, E. (2000). Diagnostik in der systemischen therapie. In: A. R. Laireiter (Ed.), *Diagnostik in der psychotherapie* (pp. 235-245). Vienna: Springer.
- Gehring, T. M. (1998). *Familiensystemtest*. Weinheim: Beltz.
- Howells, J. G., & Lickorish, J. R. (1989). *Familien-Beziehungs-test* (4th Edition). Munich: Reinhard.
- Kos, M., & Biermann, G. (2002). *Die verzauberte familie* (5th Edition). Göttingen: Hogrefe, Göttingen.
- Kubinger, K. D. (2006). *Psychologische diagnostik - theorie und praxis psychologischer diagnostizieren*. Göttingen: Hogrefe.
- Kubinger, K. D. (2007). Belastendes partnerwahlmuster oder versagter partnerwunsch: Rehabilitationsansätze durch den fragebogen zu angebot und nachfrage in partnerschaften. In B. Ahrbeck & E. V. Kardoff (Eds.), *Die fragile dynamik der psyche als risiko und chance in der rehabilitation* (pp. 38-49). Achen: Shaker.
- Kubinger, K. D., Alexandrowicz, R., Punter, J. F., & Brähler, E. (2003). Paardiagnostik mit dem Gießen-test-typische paarprofile in der “normal”-bevölkerung. *Familendynamik*, 28., 219-235.
- Kubinger, K. D., & Jäger, R. S. (2003). *Schlüsselbegriffe der Psychologischen Diagnostik*. Weinheim: Beltz PVU.
- Laireiter, A. R. (2000a). *Diagnostik in der psychotherapie*. Vienna: Springer.
- Laireiter, A. R. (2000b). Diagnostik, dokumentation und qualitätssicherung von Psychotherapie. In: Laireiter, A. R. (Ed.), *Diagnostik in der psychotherapie* (pp. 441-458). Vienna: Springer.
- Laireiter, A. R. (2000c). Diagnostik in der psychotherapie: perspektiven, aufgaben und qualitätskriterien. In: A. R. Laireiter (Ed.), *Diagnostik in der psychotherapie* (pp. 3-23). Vienna: Springer-Verlag.
- Laireiter, A. R. (2005). Klinisch-psychologische und psychotherapeutische diagnostik. In: H. Bartuska et al. (Eds.), *Psychotherapeutische diagnostik* (pp. 199-226). Vienna: Springer. [doi:10.1007/3-211-29398-1_25](https://doi.org/10.1007/3-211-29398-1_25)
- Ludewig, K. (2005). *Einführung in die theoretischen grundlagen der systemischen therapie*. Heidelberg: Carl-Auer-Systeme Verlag.

- Mattejat, F. (1994). *Das subjektive Familienbild*. Göttingen: Hogrefe.
- Orlinsky, D. (2008). Die nächsten 10 Jahre psychotherapieforschung. eine kritik des herrschenden Forschungsparadigmas mit korrekturvorschlägen. *Psychother Psych Med*, 58, 345-354.
[doi:10.1055/s-2008-1067444](https://doi.org/10.1055/s-2008-1067444)
- Pfundner, M. (1997). *Erwartungen an die Partnerschaft. Erhebung der determinanten eines Wunschbildes mittels des Fragebogens FEP*. Degree Dissertation, Vienna University.
- Remschmidt, H., & Mattejat, F. (1999). *Familien-identifikations-test*. Göttingen: Hogrefe.
- Scheib, P., & Wirsching, M. (1994). Diagnostik in der Familientherapie. In: P. L. Janssen & W. Schneider (Eds.), *Diagnostik in psychotherapie und psychosomatik* (pp. 165-195). München: Urban & Fischer.
- Simader-Hunek, N. (2004). *Die praktische bewährung des "Fragebogens zu Angebot und Nachfrage in Partnerschaften" (FAN): Was teenager heute geben und haben wollen*. Degree Dissertation, Vienna University.
- Stieger, C. (1995). *Paardiagnostik in der systemischen therapie - entwicklung eines praktikerfreundlichen, hierarchischen und integrativen Diagnoseschemas zur einschätzung von paarsystemen*. Degree Dissertation, Vienna University.
- Thomas, V. (2003). Prozessmodelle und ratingskalen. In: M. Cierpka, (Ed.), *Handbuch der familiendiagnostik* (pp. 469-485). Berlin: Springer.
- Training guidelines - Psychoanalysis (Arbeitskreis Psychoanalyse). <http://www.neumeister.info/Prospekt%20Grazer%20Sektion.pdf>
- Training guidelines - Systemic Therapie (Lehranstalt für Systemische Familientherapie). <http://www.la-sf.at/>

Psychologische Diagnostik begleitend zur Systemischen Therapie – Ein Erfahrungsbericht

Psychological Assessment Accompanying Systemic Therapy –
An Experiential Report

Anna Pittermann & Klaus D. Kubinger

Zusammenfassung

Nach wie vor sind PsychotherapeutInnen unsicher, welche positiven oder negativen Effekte Psychologische Diagnostik auf den Verlauf psychotherapeutischer Prozesse haben kann. Diese Unsicherheit kann zum Teil auf das Fehlen empirischer Daten zur Auswirkung von Psychologischer Diagnostik auf den Therapieprozess zurückgeführt werden. Die im Folgenden referierte Studie will einen Beitrag dazu leisten, dieses Defizit zu beseitigen. Anhand einer Stichprobe von Klienten, die sich in Systemische Paartherapie begaben, wurde untersucht, ob psychologisch-diagnostische Verfahren den Therapiefortschritt und die Therapiezielerreichung aus der Sicht der Klienten erhöhen bzw. wahrscheinlicher machen oder, im Gegenteil, gar behindern. Des Weiteren wurde erhoben, wie die Durchführung und die Ergebnisse der Psychologischen Diagnostik von den KlientInnen und TherapeutInnen erlebt werden. Die Untersuchung an 42 Paaren zeigte, dass sich der Therapieerfolg aus Sicht der Klienten schneller einstellte und stabiler war, wenn zuvor psychologische diagnostische Verfahren eingesetzt wurden. Psychologische Diagnostik wurde von den Paaren wesentlich positiver aufgenommen als von den Therapeuten.

Abstract

Psychotherapists are still uncertain about what positive or negative effects psychological assessments might have on the psychotherapeutic process. This uncertainty, among other things, stems from a lack of empirical data on the impact of psychological assessment on psychotherapy. The goal of the following study is to sum up the effects of psychological assessment on the therapeutic process in the systemic therapy of couples. Couples, who had signed up for systemic psychotherapy, were randomly placed in a group with or without psychological assessment, and the question of whether psychological assessment techniques enhance the therapeutic

progress and help to achieve therapeutic goals, from the point of view of the clients and the therapists, was investigated. The results from the 42 couples showed that subjective therapeutic success occurred sooner and was more stable when a psychological assessment was carried out. The psychological assessment was seen in a more positive light by the couples than by the therapists.

1. Psychotherapie und Psychologische Diagnostik

Dass das Verhältnis zwischen Psychotherapie und Psychologischer Diagnostik in Österreich nicht unproblematisch ist, ist keine neue Beobachtung. Trotz umfangreicher Literatur zur Psychologischen Diagnostik (etwa Kubinger & Jäger, 2003; Kubinger, 2009) und ihrer Anwendung im Rahmen der Psychotherapie (Kubinger, 2006; Laireiter, 2000; Cierpka, 2003; Cierpka, 2000; Fiegl & Reznicek, 2000) sind sich praktisch tätige PsychotherapeutInnen noch unsicher, welchen möglichen Nutzen oder Schaden die Psychologische Diagnostik für ihre Arbeit haben kann. Im Rahmen der Psychotherapieausbildung hat die Klinisch-psychologische Diagnostik einen verschwindend kleinen Anteil; man braucht eine (Klinisch-) psychologische Zusatzausbildung, um sich mit dieser Art der Diagnostik auseinanderzusetzen. Thematisch und anwendungsbezogen sind Fragestellungen der Psychologischen Diagnostik jedoch häufig eng mit der Psychotherapie verknüpft (siehe dazu auch Laireiter, 2005). Trotz, oder vielleicht auch gerade wegen dieser engen und schwierig abzugrenzenden Verbindung, verfügen die meisten Therapeuten über eine sehr klare Haltung gegenüber Psychologischer Diagnostik. Diese Einstellung basiert meist auf eigenen oder übernommenen Meinungen, seltener auf Erfahrungswerten, in Ermangelung profunder Forschungsergebnisse so gut wie nie auf fundierter wissenschaftlicher Erkenntnis. Der jeweilige

schulenspezifische Zugang zur Psychotherapie spielt hier die wohl weit größere Rolle.

2. Einsatz der Psychologischen Diagnostik im Therapieprozess

Psychologische Diagnostik findet auf sehr unterschiedliche Arten Eingang in den Therapieprozess: PatientInnen kommen mit bestehenden Diagnosen oder Befunden in die Therapie, TherapeutInnen generieren aufgrund von Informationen Hypothesen, evaluieren ihre eigene Arbeit mit Hilfe von bestimmten diagnostischen Verfahren (Braun & Regli, 2000; Laireiter, 2000a, 2000b) und setzen diese manchmal sogar zu therapeutischen Zwecken ein. Vor allem bei projektiven Verfahren wie etwa der Verzauerten Familie (Kos & Biermann, 2002), Figurenlegetests wie dem Familiensystemtest (Gehring, 1998) oder dem zirkulären Fragen im subjektiven Familienbild (Mattejat, 1994) ist eine eindeutige Abgrenzung zwischen dem diagnostischen Prozess der Informationsgewinnung und einer therapeutischen Intervention nur mehr sehr schwer möglich. Andere diagnostische Verfahren haben wiederum einen eindeutig therapieschulenspezifischen Hintergrund und sind gezielt für den Einsatz innerhalb dieses Therapiesystems bestimmt; Beispiele sind etwa der Gießentest von Beckmann, Brähler und Richter (1983) mit psychoanalytischem Hintergrund oder das Familienbrett (Ludewig, 2000) in der Systemischen Familientherapie.

2.1. Systemische Therapie und Psychologische Diagnostik

Vor allem für das Hauptklientel der Systemischen Familientherapie, nämlich Paare und Familien (im weitesten Sinne), gibt es eine große Anzahl an Verfahren, die sich genau auf diese Zielgruppe und die häufigsten Schwierigkeiten, mit denen sie in die Therapie kommen, konzentrieren. Zu diesen Verfahren zählen etwa die Paardiagnostik mit dem Gießentest (Brähler & Brähler, 1997), der Familien-Beziehungs-Test (Howells & Lickorish, 1989), die Familienbögen (Cierpka, 1994), der Familiensystemtest (Gehring, 1998) und der Familien-Identifikations-Test (Remschmidt & Mattejat, 1999) (siehe dazu z.B. auch Benninghoven, Cierpka & Thomas, 2003; Thomas, 2003). Trotz dieser Bandbreite an Verfahren herrscht auch unter Systemischen TherapeutInnen eine gehörige Portion Misstrauen, wenn Psychologische Diagnostik im Rahmen der Therapie genutzt werden soll. Umso interessanter schien es, den Einsatz von psychologisch-diagnostischen Verfahren einer empirischen Prüfung zu unterziehen und zu untersuchen, wie TherapeutInnen und KlientInnen mit dem Prozess der Psychologischen Diagnostik umgehen und diesen retrospektiv bewerten.

3. Psychologische Diagnostik begleitend zur Systemischen Psychotherapie

In einer breit angelegten Studie am Wiener Institut für Ehe- und Familientherapie sollte überprüft werden, ob und wie der therapeutische Prozess in der Systemischen Familientherapie durch den Einsatz Psychologischer Diagnostik beeinflusst wird. Beispiel für eine positive Beeinflussung wäre etwa die Zentrierung oder Fokussierung des Therapieprozesses aufgrund der Testergebnisse. Die Psychologische Diagnostik könnte zu einer Erleichterung der therapeutischen Arbeit für die TherapeutInnen oder zu einer schnelleren Therapiezielerreichung bzw. größerer KlientInnenzufriedenheit führen. Es wäre allerdings ebenso denkbar, dass die Diagnostik keinen, oder sogar einen negativen, störenden Einfluss auf das therapeutische Geschehen nimmt, indem sie etwa zeitliche und personelle Ressourcen fordert ohne Vorteile im Therapiegeschehen zu bringen oder von den KlientInnen subjektiv als nicht hilfreich oder etikettierend wahrgenommen wird.

Zur Überprüfung des praktischen Nutzens einer vor Therapiebeginn durchgeführten Psychologischen Diagnostik und ihrer Akzeptanz durch TherapeutInnen und KlientInnen wurden Paare, die sich für eine Systemische Paartherapie anmeldeten, randomisiert entweder der Gruppe zugeordnet die auch eine Psychologische Diagnostik bekam oder jener Gruppe, die dem nicht ausgesetzt wurde. Insgesamt nahmen 42 Paare, also 84 Personen an der Studie teil. Die Paare der Gruppe mit Psychologischer Diagnostik unterzogen sich vor Therapiebeginn einer Testung mit dem Gießentest (Brähler & Brähler, 1997) und dem Fragebogen zu Angebot und Nachfrage in Partnerschaften (FAN; Pfundner, 1997; siehe auch Simader-Hunek, 2004). Die Rückmeldung der Ergebnisse der Psychologischen Diagnostik erfolgte schriftlich in der ersten Therapiesitzung. – Eine detaillierte Beschreibung der Studie findet sich bei Pittermann & Kubinger (2011). – Die KlientInnen beider Gruppen wurden über die jeweils ersten vier Sitzungen von einer Psychologin begleitet, der Erstautorin dieses Beitrags: Nach jeder Therapieeinheit wurden Daten hinsichtlich des erlebten Therapiefortschrittes, einerseits durch die KlientInnen andererseits durch die TherapeutInnen sowie etwaige Besonderheiten des Therapieprozesses erfragt. Eine Verfolgung über vier Sitzungen wurde gewählt, da die Erfahrung am Institut für Ehe- und Familientherapie zeigt, dass die meiste Veränderung im Therapieverlauf innerhalb der ersten vier Sitzungen passiert und eine Abschätzung des Therapieerfolges zu diesem Zeitpunkt gut möglich ist. Da am Institut für Ehe- und Familientherapie außerdem viele Kurztherapien durchgeführt werden, erschien die Dokumentation der ersten vier Sitzungen im Sinne der Vergleichbarkeit und Ökonomie am sinnvollsten. Nach der vierten Sitzung wurde zusätzlich von den KlientInnen, die sich in der Versuchsbedingung „mit Psychologischer Diagnostik“ befanden, erhoben, wie sie die Psychologische Diagnostik erlebt

haben und ob sie diese als nützlich befinden. Die TherapeutInnen von KlientInnen der Versuchsbedingung „mit Psychologischer Diagnostik“ erhielten ebenfalls nach der vierten Sitzung einen Fragebogen darüber, wie sie im Nachhinein den Effekt der, beziehungsweise den Informationsgewinn durch die Psychologische Diagnostik beurteilen. Alle KlientInnen und TherapeutInnen füllten am Ende der vier studienrelevanten Sitzungen einen abschließenden Bogen zur Therapiezielerreichung aus. Bei der Auswahl der psychologisch-diagnostischen Verfahren wurde darauf geachtet, Instrumente zu wählen, die keine zum Erstgespräch redundanten Informationen, etwa im Sinne eines Anamnesebogens, und für die Beziehungsdiagnostik relevante Ergebnisse liefern, also auf die Paarebene fokussieren. Auf den Einsatz von projektiven Verfahren wurde verzichtet, da die möglichen therapeutischen Wirkungen von projektiven Verfahren eine klare Unterscheidung von Intervention und Diagnostik erschwert hätten.

3.1. Auswirkungen auf den Therapieprozess – KlientInnenebene

Zwischen den Paaren der Gruppen mit und ohne Psychologischer Diagnostik bestanden zu Studienende keine signifikanten Unterschiede hinsichtlich: des Status der Therapie (laufend oder beendet; $p=0.444$), der Gründe für einen vorzeitigen Therapieabbruch ($p=0.819$), der Anzahl der absolvierten Therapiesitzungen ($p=0.075$) oder der Dauer zwischen diesen Sitzungen ($p>0.05$).

Was sich aber zeigte, war, dass die Wartezeit bis zum Erstgesprächstermin bei Paaren der Gruppe ohne Psychologische Diagnostik wesentlich häufiger zu einem Nichterscheinen zum Erstgesprächstermin führte als bei Paaren mit Psychologischer Diagnostik. In ihrer Einschätzung des Therapiefortschritts unterschieden sich die KlientInnen der beiden Gruppen insofern, als KlientInnen der Gruppe mit Psychologischer Diagnostik einen signifikanten Unterschied zwischen den einzelnen Therapiesitzungen zeigten ($p=0.002$) und die Selbsteinschätzung des erzielten Therapiefortschritts über die Zeit stetig anstieg. Bei den KlientInnen ohne Psychologischer Diagnostik zeigt sich ebenfalls ein signifikanter Unterschied zwischen Zeitpunkten ($p=0.005$), bei ihnen fällt diese Selbsteinschätzung nach anfänglichem Anstieg in der dritten Sitzung unter den Wert der ersten Sitzung, um dann zur letzten Sitzung signifikant anzusteigen. Bei KlientInnen mit Psychologischer Diagnostik zeigte sich insgesamt bereits in der dritten Sitzung ein signifikant besserer Wert im Vergleich zur ersten Sitzung ($p<0.05$), bei Klienten ohne Diagnostik zeigte sich diese Verbesserung also erst in der vierten Sitzung ($p<0.05$).

Bei der Aufschlüsselung der Ergebnisse nach dem Geschlecht, wird bei den Klienten mit Psychologischer Diagnostik in der dritten Sitzung ein signifikanter Unterschied offenbar ($p=0.047$): männliche Klienten mit Psychologischer Diagnostik bewerten ihren Therapiefortschritt besser ($Md=6.5$; Antwortskala 1-10) als Männer

ohne Psychologischer Diagnostik ($Md=4.5$). Bei den Klientinnen zeigt sich in der Gruppe mit Psychologischer Diagnostik ein signifikanter Anstieg in der Therapiezielerreichung ($p=0.039$), der sich bei Klientinnen ohne Psychologische Diagnostik nicht ergibt. Klientinnen ohne Psychologische Diagnostik weisen einen, allerdings nicht signifikanten Einbruch nach der dritten Sitzung auf (Md der 4 Sitzungen: 5, 6, 5, 8) ($p=0.115$). Hinsichtlich der Selbsteinschätzung des Therapiefortschrittes scheint es also insofern Unterschiede zu geben, als Klienten mit erfolgter Psychologischer Diagnostik in der dritten Sitzung eine bessere Einschätzung geben und Klientinnen mit Psychologischer Diagnostik vor einem „Einbruch“ wie bei jenen ohne Psychologischer Diagnostik verschont bleiben.

3.2. Auswirkungen auf den Therapieprozess – TherapeutInnenebene

Sowohl in der Gruppe mit als auch ohne Psychologische Diagnostik schätzen die KlientInnen ihren Therapiefortschritt immer besser ein, als ihre TherapeutInnen. In der Gruppe mit Psychologischer Diagnostik wird dieser Unterschied in der dritten Sitzung signifikant ($p=0.000$), in der Gruppe ohne Psychologischer Diagnostik in der ersten ($p=0.003$) und zweiten Sitzung ($p=0.002$). Es konnte kein signifikanter Unterschied in der Einschätzung der TherapeutInnen zwischen KlientInnen mit oder ohne Psychologischer Diagnostik festgestellt werden ($p>0.05$). Für die Beurteilung des Therapiefortschrittes durch die TherapeutInnen scheint es also unerheblich zu sein, ob vor Therapiebeginn eine Psychologische Diagnostik erfolgte oder nicht.

3.3. Subjektive Bewertung der Psychologischen Diagnostik

66,7% der befragten KlientInnen gaben an, durch die testpsychologische Untersuchung zum Nachdenken angeregt worden zu sein. 33,3% behaupteten, diese Untersuchung habe ihnen geholfen, sich über ihre Schwierigkeiten klar zu werden.

Die TherapeutInnen hingegen erlebten die Psychologische Diagnostik nur in 10,8% der Fälle als sinnvolle Unterstützung des Therapieprozesses. Immerhin in 24,3% wurde der diagnostische Befund von den TherapeutInnen als relevante Zusatzinformation empfunden. Gefragt nach ihrer Einschätzung der Auswirkungen der Psychologischen Diagnostik für die KlientInnen, gaben die TherapeutInnen nur in 25,7% der Fälle an, dass sie glauben, die Psychologische Diagnostik habe die KlientInnen zum Nachdenken angeregt und in lediglich 8,6% der Fälle wurde angenommen, dass die Psychologische Diagnostik den KlientInnen geholfen habe, sich über ihre Schwierigkeiten klar zu werden. Der abschließende Beurteilungsbogen enthielt eine freie Antwortmöglichkeit auf die Fragen „Ich empfand die Fragebogenunter-

suchung als hilfreich/nicht hilfreich, weil: ... ". Während, die Kritik der KlientInnen dazu sehr spärlich war und nur vereinzelt das Argument erbrachte, die Testergebnisse wären zu wenig aussagekräftig bzw. schon bekannt gewesen, thematisierten die TherapeutInnen zahlreiche Schwierigkeiten. Kritisch wurde von ihnen angemerkt, die Psychologische Diagnostik sei zu wenig tiefgehend, nicht relevant für den Therapieprozess, sie würde Hypothesen „einzementieren“ oder die Ergebnisse würden im starken Widerspruch zur beklagten Problemlage stehen. Positive Beurteilung der Psychologischen Diagnostik gab es bei den TherapeutInnen keine. Bei den KlientInnen hingegen fand sich eine Vielzahl von Argumenten, die für eine psychologische Testung sprachen: Sie gaben an, die testpsychologische Untersuchung als hilfreich empfunden zu haben, da sie dazu zwingt, Schwierigkeiten zu formulieren und damit eine klare Schau über allgemeine Probleme gebe bzw. die problematischen „Startbedingungen“ konkretisiere; sie rege zum Nachdenken über und Auseinandersetzen mit Selbst- und Fremdbild an und dadurch könne sich ein neues Problembewusstsein entwickeln. Die KlientInnen gaben außerdem an, dass sich für sie auf diesem Wege neue Perspektiven ergeben hätten, neben Problemen auch Gemeinsamkeiten für das Paar deutlich wurden und sich Gesprächsmöglichkeiten mit dem Partner ergaben.

4. Zusammenschau der Ergebnisse zum Einsatz Psychologischer Diagnostik in der Systemischen Paartherapie

Zu den Auswirkungen des Einsatzes Psychologischer Diagnostik in der Systemischen Paartherapie ist zu sagen: Die vorgestellte Studie lässt die Vermutung zu, dass eine vor Beginn der Therapie durchgeführte Psychologische Diagnostik die subjektive Therapiebeurteilung stabiler in Richtung wahrgenommener Erfolge verschiebt bzw. ein „Knick“ in der subjektiven Therapieerfolgsbeurteilung der KlientInnen vermeiden kann.

Die Werte der Selbsteinschätzung des Therapieerfolgs steigen bei Klienten mit und ohne Psychologischer Diagnostik über die Zeit an – ein Faktum, das zeigt, dass die Therapie von den Klienten als hilfreich und sinnvoll erlebt wird, unabhängig vom Vorliegen Psychologischer Diagnostik. Auffallend ist jedoch, dass sich bei Klienten mit Psychologischer Diagnostik der subjektiv erlebte Therapiefortschritt schneller einstellt und stabiler sein dürfte. Es kommt in dieser Untersuchung also nach einer zuvor erfolgten testpsychologischen Untersuchung früher zu einer signifikanten Verbesserung aus der Sicht der Klienten, und diese Verbesserung ist stabil(er). Dieser Profit Psychologischer Diagnostik scheint geschlechtsunabhängig zu sein. Der frühere und stabilere Therapieerfolg bei Klienten mit Psychologischer Diagnostik legt, wie die KlientInnen auch in der Befragung zur subjektiven Bewertung der erfolgten Diagnostik angaben, nahe, dass die testpsychologische Untersuchung

von den Paaren dazu genutzt werden konnte, sich über die Probleme, die sie zur Therapie führten, klarer werden zu können. Es wäre möglich, dass sie so die Therapie früher konstruktiv nutzen. Die TherapeutInnen hingegen standen der Psychologischen Diagnostik tendenziell vorsichtig-skeptisch bis eindeutig-negativ gegenüber.

Psychologische Diagnostik kann, wie diese Studie zeigt, einen weiteren positiven Aspekt haben: Paare erschienen trotz langer Wartezeit dann eher zum Erstgespräch, wenn zuvor (wenigstens schon) eine testpsychologische Untersuchung erfolgte. – Dieses Ergebnis kann besonders für Institute mit längeren Wartezeiten wichtig sein. – Der Unterschied in der Zahl der Therapieanfänge zwischen KlientInnen mit und ohne Psychologischer Diagnostik könnte sich einerseits dadurch erklären lassen, dass Paare, die bereits Zeit darin „investiert“ hatten, ihren Aufwand rechtfertigen wollten und deshalb zur Therapie erschienen, um im Erstgespräch ihr Untersuchungsergebnis zu erfahren. Auf der anderen Seite könnte es sein, dass die in der Wartezeit durchgeführte Psychologische Diagnostik den Paaren den (stärkeren) Eindruck vermittelte, man sei an ihnen und ihren Problemen wirklich interessiert und infolge dessen eine stabile(re) Bindung an das Therapieinstitut bestand. Die Tatsache, dass sich bei den Therapieabbrüchen bzw. bei dem Beenden der Therapie keine Unterschiede zwischen den beiden Gruppen zeigte, deutet jedenfalls darauf hin, dass die Paare die zur Therapie erschienen, unabhängig davon, ob vorher eine testpsychologische Untersuchung erfolgte oder nicht, ernsthaft an einer Therapie interessiert waren. Auf keinen der in dieser Studie erhobenen Kennwerte wirkte sich die Psychologische Diagnostik negativ aus.

Auch wenn ganz klar limitierend angefügt werden muss, dass die testpsychologische Untersuchung im vorliegenden Fall lediglich mit zwei Instrumenten erfolgte und hier nur für den speziellen Fall der Paartherapie im Rahmen eines Systemischen Therapieinstitutes angewendet wurde, so lassen sich doch erste Schlüsse ziehen, die dafür sprechen, dass Psychologische Diagnostik für einen therapeutischen Prozess durchaus Vorteile haben kann. Es ist sicherlich notwendig und wünschenswert, weitere Untersuchungen mit verschiedenen Stichproben sowie unterschiedlichen Instrumenten der Psychologischen Diagnostik durchzuführen, um optimale, zukünftige Einsatzmöglichkeiten von Psychologischer Diagnostik im Therapeutischen Prozess zu identifizieren.

5. Danksagung

An dieser Stelle sei neben den teilnehmenden Paaren besonders der Leitung sowie dem therapeutischen und administrativen Personal des Institutes für Ehe- und Familientherapie gedankt, die durch ihre Mithilfe und ihre Bereitschaft, bestehende Konzepte zu hinterfragen das Gelingen der Studie erst ermöglicht haben.

Literatur

- BECKMANN, D., BRÄHLER, E. & RICHTER, H.-E. (1983). Der Gießen-Test. (3. Aufl.) Bern: Verlag Hans Huber
- BENNINGHOVEN, D., CIERPKA, M. & THOMAS, V. (2003). Überblick über familiendiagnostische Fragebogeninventare. In M. Cierpka (Hrsg.), *Handbuch der Familiendiagnostik* (S. 487-510). Berlin: Springer
- BRAUN, U. & REGLI, D. (2000) Psychotherapie-Evaluation in der Praxis. In A. R. Laireiter (Hrsg.), *Diagnostik in der Psychotherapie* (S. 459-475). Wien: Springer.
- BRÄHLER, E. & BRÄHLER, C. (1997). Paardiagnostik mit dem Gießen-Test. Bern: Verlag Hans Huber.
- CIERPKA, M. (2000). Diagnostik in der Familientherapie. In A. R. Laireiter (Hrsg.), *Diagnostik in der Psychotherapie* (S. 217-234). Wien: Springer.
- CIERPKA, M. (Hrsg.) (2003) *Handbuch der Familiendiagnostik*. Berlin: Springer.
- CIERPKA, M. & FREVERT, G. (1994). *Die Familienbögen*. Göttingen: Hogrefe.
- FIEGL, J. & REZNICEK, E. (2000). Diagnostik in der Systemischen Therapie. In A. R. Laireiter (Hrsg.), *Diagnostik in der Psychotherapie* (S. 235-245). Wien: Springer
- GEHRING, T. M. (1998). *Familiensystemtest*. Weinheim: Beltz
- HOWELLS, J. G. & LICKORISH, J. R. (1989) *Familien-Beziehungs-Test* (4. Aufl.). München: Reinhardt
- KUBINGER, K. D. (2009). *Psychologische Diagnostik – Theorie und Praxis psychologischen Diagnostizierens*. Göttingen: Hogrefe.
- KUBINGER, K. D. & JÄGER, R. S. (Hrsg.) (2003). *Schlüsselbegriffe der Psychologischen Diagnostik*. Weinheim: Beltz PVU.
- KOS, M. & BIERMANN, G. (2002) *Die verzauberte Familie* (5. Aufl.). Göttingen: Hogrefe.
- LAIREITER, A. R. (2009). *Klinisch-psychologische und psychotherapeutische Diagnostik*. In H. Bartuska et al. (Hrsg.), *Psychotherapeutische Diagnostik* (S. 199-226). Wien: Springer.
- LAIREITER, A. R. (Hrsg.) (2000). *Diagnostik in der Psychotherapie*. Wien: Springer.
- LAIREITER, A. R. (2000a). *Diagnostik, Dokumentation und Qualitätssicherung von Psychotherapie*. In A. R. Laireiter (Hrsg.), *Diagnostik in der Psychotherapie* (S. 441-458). 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.
- LUDEWIG, K. (2000). *Das Familienbrett: ein Verfahren für die Forschung und Praxis mit Familien und anderen sozialen Systemen*. Göttingen: Hogrefe.
- MATTEJAT, F. (1994). *Das subjektive Familienbild*. Göttingen: Hogrefe.
- PITTERMANN, A. & KUBINGER, K. D. (2011). Co-Existence or Alliance? Psychological Assessment and its Effects on Therapeutic Process Using Systemic Psychotherapy as an Example. *Psychology*, 2(1), 42-48.
- PFUNDNER, M. (1997). *Erwartungen an die Partnerschaft. Erhebung der Determinanten eines Wunschbildes mittels des Fragebogens FEP*. Diplomarbeit Universität Wien
- REMSCHMIDT, H. & MATTEJAT, F. (1999). *Familien-Identifikations-Test*. Göttingen, Bern, Toronto, Seattle: Hogrefe
- SIMADER-HUNEK, N. (2004) *Die praktische Bewährung des „Fragebogens zu Angebot und Nachfrage in Partnerschaften“ (FAN): Was Teenager heute geben und haben wollen*. Diplomarbeit Universität Wien
- THOMAS, V. (2003) *Prozessmodelle und Ratingskalen*. In M. Cierpka (Hrsg.), *Handbuch der Familiendiagnostik* (S. 469-485). Berlin: Springer

Autoren

Mag. Anna Pittermann

Klinische und Gesundheitspsychologin, Systemische Psychotherapeutin
 Jahrgang 1980: Mag. Anna Pittermann studierte Psychologie an der Universität Wien. Sie war im Rahmen ihrer postgraduellen Ausbildung an der Universitätsklinik für Kinder- und Jugendheilkunde im Bereich psychologische Diagnostik tätig und praktizierte während ihrer Ausbildung zur Psychotherapeutin am Institut für Ehe- und Familientherapie. Mag. Pittermann ist als Psychologin an der Universitätsklinik für Chirurgie des Allgemeinen Krankenhauses Wien tätig und hält Lehrveranstaltungen zum Thema Familiendiagnostik an der Universität Wien.



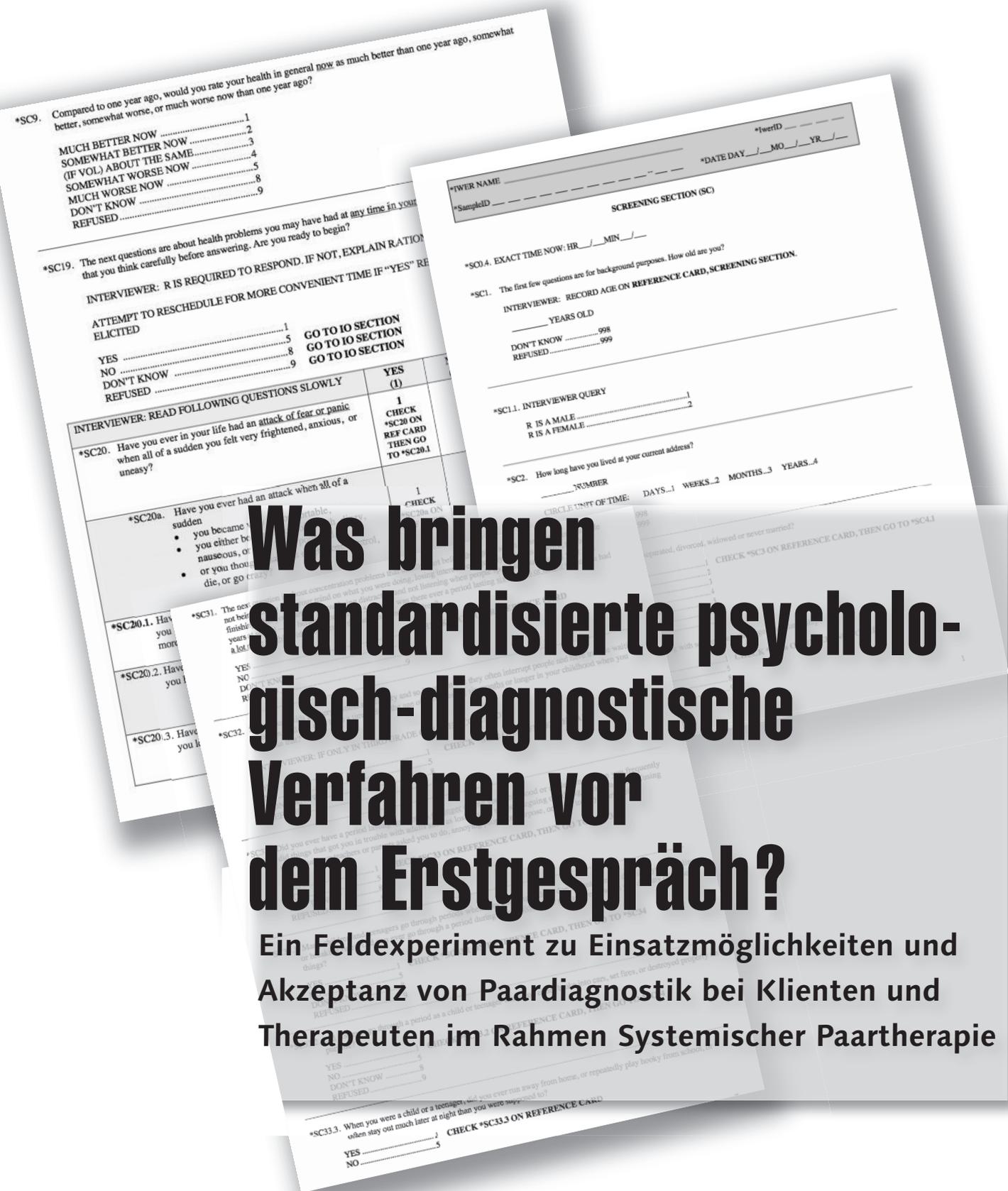
Universitätsklinik für Chirurgie, Leitstelle 21A
 Allgemeines Krankenhaus der Stadt Wien
 Währinger Gürtel 18-20
 A-1090 Wien
 anna.pittermann@akhwien.at

Univ.-Prof. Dr. Mag. Klaus D. Kubinger

Jahrgang 1949, Prof. Klaus D. Kubinger ist Professor für Psychologische Diagnostik. Er studierte Psychologie und Statistik in Wien, wo er sich auch in Psychologie habilitierte. Seit 1985 ist er Ausbildungsleiter im Prüfungsfach „Psychologische Diagnostik“ an der Fakultät für Psychologie der Universität Wien; dort leitet er den Arbeitsbereich Psychologische Diagnostik samt Test- und Beratungsstelle. Dazwischen war er Gastprofessor in Klagenfurt, Graz, Berlin und Potsdam. Er ist Klinischer- und Gesundheitspsychologe sowie Psychotherapeut (Systemische Familientherapie). Sein aktueller Forschungsschwerpunkt ist die Grundlagenforschung zum psychologischen-diagnostischen Prozess.



Arbeitsbereich Psychologische Diagnostik
 samt Test- und Beratungsstelle
 Fakultät für Psychologie der Universität Wien
 Liebiggasse 5
 A-1010 Wien
 klaus.kubinger@univie.ac.at



Was bringen standardisierte psycholo- gisch-diagnostische Verfahren vor dem Erstgespräch?

Ein Feldexperiment zu Einsatzmöglichkeiten und Akzeptanz von Paardiagnostik bei Klienten und Therapeuten im Rahmen Systemischer Paartherapie

Anna Pittermann und Klaus D. Kubinger

Einleitung:

Diagnostik im psychotherapeutischen Prozess

Ohne Diagnostik gibt es keine professionelle Psychotherapie (Scheib & Wirsching, 1994). Deissler (1986, S. 85) verlangt: »Man interveniert erst, wenn man sicheren Boden unter den Füßen hat.« Die Diagnostik stellt immer den ersten Schritt in einem Therapieprozess dar, und so werden Psychotherapeuten¹ in ihrer Ausbildung einerseits geschult, einen guten diagnostischen Blick zu entwickeln und andererseits strukturierte Verfahren (siehe etwa Schneider & Margraf, 2011, zu strukturierten Interviews) unterstützend einzusetzen.

Über den tatsächlichen Wert des Einsatzes psychologisch-diagnostischer Testverfahren für die tägliche Arbeit sowie die Akzeptanz bei den Klienten scheint aber trotz umfangreicher Literatur zur psychologischen Diagnostik (etwa Kubinger, 2009; Kubinger & Jäger, 2003) und ihrer Anwendung im Rahmen der Psychotherapie (Kubinger, 2006; Laireiter, 2005; Cierpka, 2003; Cierpka, 2000; Fiegl & Reznicek, 2000; Laireiter, 2000a, b) unter praktisch tätigen Psychotherapeuten noch immer Unsicherheit zu bestehen. Das mitunter schwierige Verhältnis von psychologischer Diagnostik und Psychotherapie wird in wenigen Sätzen sehr anschaulich von Ador-netto und Schneider (2009) dargestellt.

Zum Einsatz psychologisch-diagnostischer Testverfahren

Der Einsatz von psychologisch-diagnostischen Verfahren kann und soll in der psychotherapeutischen Praxis selbstverständlich nicht das Gespräch ersetzen (Scholz, 1978), es wird jedoch oft angenommen, ein gründliches Erstgespräch würde den Einsatz von psychologisch-diagnostischen Verfahren ersparen und sei diesen hinsichtlich Effizienz und Akzeptanz überlegen. Wie eine Studie von Suppiger et al. (2009) zeigt, weisen strukturierte Interviews allerdings eine hohe Akzeptanz sowohl bei Patienten als auch bei Anwendern auf und werden von diesen als hilfreich bewertet.

Neben diesen vorwiegend die Ökonomie und Zumutbarkeit betreffenden Argumenten wird von in der Praxis tätigen Psychotherapeuten immer wieder ein eher vages Gefühl der Unvereinbarkeit des Einsatzes strukturierter Verfahren mit ihrer therapeutischen Grundhaltung geäußert. Die Grundannahmen der Systemischen Psychotherapie werden beispielsweise oft als unvereinbar mit psychologischer Diagnostik gesehen. Als Beispiel sei hier die sozial-konstruktivistische Denkweise (von Schlippe & Schweitzer, 2010, S. 7) genannt (zu Aspekten der Systemischen Psychotherapie siehe auch Ludewig, 1992; Schweitzer, Retzer & Fischer, 1992).

Systemische Diagnostik

Für Paare und Familien existiert eine große Anzahl an Verfahren, die im Rahmen einer Familien- oder Paarberatung eingesetzt werden können. Zu diesen Verfahren zählen etwa die Paardiagnostik mit dem Gießen-Test (Brähler & Brähler, 1997), der Familien-Beziehungs-Test (Howells & Lickorish, 1989), die Verzauberte Familie (Kos & Biermann, 2002), das Familienbrett (Ludewig, 2000), das Subjektive Familienbild (Mattejat, 1994), die

Familienbögen (Cierpka, 1994), der Familiensystemtest (Gehring, 1998) und der Familien-Identifikations-Test (Renschmidt & Mattejat, 1999) (s. dazu z.B. auch Benninghoven, Cierpka & Thomas, 2003; Thomas, 2003). Trotz dieser Bandbreite an Instrumenten bestehen oftmals Vorbehalte gegen ihren Einsatz, nicht zuletzt wegen möglicher negativer Auswirkungen, etwa einer befürchteten (durch den Klienten wahrgenommenen) negativen Etikettierung. Kontrollierte Studien zu den Auswirkungen psychologisch-diagnostischer Verfahren auf psychotherapeutische Prozesse konnten wir trotz intensiven Literaturstudiums nicht finden.

Ziel der hier vorgestellten Studie ist deshalb die Überprüfung, ob der therapeutische Prozess in der Systemischen Familientherapie durch den Einsatz von psychologisch-diagnostischen Verfahren vor dem Erstgespräch beeinflusst wird. Gemessen wird diese Beeinflussung durch den wahrgenommenen Therapiefortschritt sowohl auf Klienten- als auch Therapeutenebene. Eine positive Beeinflussung durch den Einsatz psychologisch-diagnostischer Verfahren könnte sich inhaltlich in einer Zentrierung oder Fokussierung des Therapieprozesses aufgrund der Ergebnisse einer vor Therapiebeginn erfolgten diagnostischen Untersuchung zeigen. Dies würde sich in einem größeren wahrgenommenen Therapiefortschritt ausdrücken. Ein negativer oder störender Einfluss auf das therapeutische Geschehen könnte sich zeigen, indem der diagnostische Prozess mittels standardisierter psychologisch-diagnostischer Verfahren zeitliche und personelle Ressourcen verbraucht, ohne Vorteile im Therapiegeschehen zu bringen. In diesem Fall würde der wahrgenommene Therapiefortschritt bei der Anwendung standardisierter Verfahren geringer ausfallen oder schleppender anlaufen als ohne diese Verfahren. Im Anschluss an die Untersuchung der Auswirkungen des Einsatzes psychologisch-diagnostischer Verfahren auf den therapeutischen Prozess wird die Akzeptanz dieser Verfahren unter Klienten wie Therapeuten erhoben.

Versuchsplan und Methoden

Die Studie zu den Auswirkungen von psychologischer Diagnostik auf die Systemische Paartherapie wurde am Institut für Ehe- und Familientherapie (IEF) in Wien von April 2006 (erste Anmeldungen) bis August 2007 durchgeführt.

Das IEF ist eine Einrichtung der Wiener Sozialdienste, an der zur Zeit der Durchführung der Studie neun Systemische Psychotherapeutinnen und -therapeuten tätig waren. Am IEF werden Systemische Psychotherapien für Paare, Familien und Einzelpersonen angeboten. Psychologische Diagnostik findet dort nicht routinemäßig statt.² Im Rahmen der Untersuchung wurden alle Paare in die Untersuchung einbezogen, die sich innerhalb des Zeitfensters der Rekrutierung mit »Partnerschaftsproblemen« (im Gegensatz zu Schwierigkeiten, die andere Mitglieder des Familienverbandes betreffen) an das Institut wandten. Die Anmeldung erfolgte telefonisch durch die Klienten. Die Paare wurden nach dem 50:50-Prinzip entweder der Versuchsbedingung »Therapie ohne Einsatz von psychologisch-diagnostischen Verfahren« (Kontrollgruppe, KG) oder der Bedingung »Thera-

¹ Sämtliche Bezeichnungen, ob in männlicher oder weiblicher Form, schließen hier immer das jeweils andere Geschlecht mit ein.

² Wir danken dem Leiter des Institutes für Ehe- und Familientherapie, Dr. Joachim Hinsch, und seinen Kolleginnen und Kollegen, die die Durchführung dieser Studie ermöglicht und unterstützt haben.

Die Autoren

MAG.

ANNA PITTERMANN

ist Klinische und Gesundheitspsychologin und Systemische Psychotherapeutin. Sie ist als Psychologin an der Universitätsklinik für Chirurgie des Allgemeinen Krankenhauses Wien tätig und hält Lehrveranstaltungen zum Thema »Familiendiagnostik« an der Universität Wien.

UNIV.-PROF. DR. MAG.

KLAUS D. KUBINGER

ist Professor für Psychologische Diagnostik. Seit 1985 ist er Ausbildungsleiter im Prüfungsfach »Psychologische Diagnostik« an der Fakultät für Psychologie der Universität Wien; dort leitet er den Arbeitsbereich Psychologische Diagnostik samt Test- und Beratungsstelle. Dazwischen war er Gastprofessor in Klagenfurt, Graz, Berlin und Potsdam. Sein aktueller Forschungsschwerpunkt ist die Grundlagenforschung zum psychologisch-diagnostischen Prozess.

Kontakt

Mag. Anna Pittermann
Universitätsklinik für
Chirurgie; Leitstelle 21A
Allgemeines Krankenhaus
der Stadt Wien
Währinger Gürtel 18-20
A-1090 Wien
T +43 – 140 400
E anna.pittermann@akhwien.at

Univ.-Prof. Dr. Mag.
Klaus D. Kubinger
Arbeitsbereich
Psychologische Diagnostik
samt Test- und
Beratungsstelle
Fakultät für Psychologie
Universität Wien
Liebiggasse 6
A-1010 Wien
T +43 – 142 77 472 50
E klaus.kubinger@univie.ac.at

	Paar VG	Therapeut VG	Paar KG	Therapeut KG
Wartezeit	Paardiagnostik mit dem Gießen-Test-Fragebogen zu Angebot und Nachfrage in Partnerschaften			
1. Sitzung	Befund Fortschrittskala	Befund Fragebogen Befund Fortschrittskala	Fortschrittskala	Fortschrittskala
2. Sitzung	Fortschrittskala	Fortschrittskala	Fortschrittskala	Fortschrittskala
3. Sitzung	Fortschrittskala	Fortschrittskala	Fortschrittskala	Fortschrittskala
4. Sitzung	Fortschrittskala Fragebogen Therapiebeurteilung Fragebogen Diagnostikbeurteilung	Fortschrittskala Fragebogen Therapiebeurteilung Fragebogen Diagnostikbeurteilung	Fortschrittskala Fragebogen Therapiebeurteilung	Fortschrittskala Fragebogen Therapiebeurteilung

Abbildung 1: Studienschema für Versuchs- und Kontrollgruppe

Die Paare der VG unterzogen sich vor der ersten Sitzung mit dem Therapeuten einer ca. einstündigen Fragebogenuntersuchung. Den Befund erhielten das Paar und der Therapeut in schriftlicher Form in der ersten Sitzung. Die Klienten beider Gruppen wurden über die jeweils ersten vier Sitzungen begleitet. Den Beobachtungsraum über vier Sitzungen haben wir deshalb gewählt, weil die Erfahrung am IEF zeigt, dass die meisten Veränderungen innerhalb der ersten vier Therapiesitzungen passieren und eine Abschätzung des Therapieerfolges zu diesem Zeitpunkt gut möglich ist. Da am IEF außerdem viele Kurztherapien durchgeführt werden, erschien uns die Dokumentation der ersten vier Sitzungen im Sinne der Vergleichbarkeit und Ökonomie am zweckmäßigsten. Nach jeder der vier Sitzungen wurde von den Partnern getrennt ihr erlebter Therapiefortschritt auf einer Skala von 0 bis 10 erhoben. Nach der vierten Sitzung wurde zusätzlich von den Klienten, die sich in der Versuchsbedingung mit psychologisch-diagnostischen Verfahren befanden, ebenfalls getrennt voneinander erhoben, wie sie den Einsatz der Verfahren erlebt hatten und ob sie die verwendeten Instrumente als hilfreich bzw. interessant beurteilten.

Auch von den Therapeuten wurde am Ende jeder der vier Sitzungen dokumentiert, wie sie den Grad des Therapiefortschritts auf einer Skala von 0 bis 10 einschätzen. Darüber hinaus wurden von ihnen der therapeutische Prozess und vorzeitige Abbrüche bzw. Veränderungen im Setting festgehalten. Die Dokumentation des therapeutischen Prozesses erfolgte gemäß der Routine des IEF computerbasiert anhand einer vorgegebenen Eingabemaske als Dokumentationsleitfaden. Die Psychotherapeuten von Klienten der Versuchsbedingung erhielten nach der ersten Sitzung zusätzlich einen Fragebogen mit Details zur Befundbesprechung, und nach der vierten Sitzung erhielten sie, wie die Klienten, den Fragebogen zur Beurteilung der psychologisch-diagnostischen Untersuchung. Alle Klienten und Therapeuten füllten am Ende der vier studienrelevanten Sitzungen einen abschließenden Fragebogen zur Therapiezielerreichung aus. Erhoben wurde hier mittels Forced-Choice-Antwortformat, ob die Klienten mit der Therapie zufrieden waren, ob sich ihre Beziehung durch die Therapie verändert hatte und wie die Lösung des Problems, das sie in Therapie geführt hatte, beurteilt wurde (Schema des Studiendesigns siehe Abb. 1).

Versuchsbedingung mit Einsatz von psychologisch-diagnostischen Verfahren

Bei der Versuchsbedingung mit Einsatz von standardisierten Verfahren absolvierten die Klienten nach der Erstanmeldung einen zirka einstündigen Termin, bei dem sie von der Versuchsleiterin zwei Fragebögen zur Bearbeitung vorgelegt bekamen. Alle Paare bearbeiteten getrennt voneinander die Paardiagnostik mit dem Gießen-Test (Brähler & Brähler, 1997) und den Fragebogen zu Angebot und Nachfrage in Partnerschaften (FAN; Pfundner, 1997; s.a. Simader-Hunek, 2004).

Die Paardiagnostik mit dem Gießen-Test

Die Paardiagnostik mit dem Gießen-Test setzt sich aus je zwei Fragebögen für jeden Partner zusammen. In den 40 Items des Gießen-Tests beurteilt jeder Partner zuerst sich selbst (Selbstbeurteilung) und dann seinen Partner (Fremdbeurteilung). Die Auswertung erfolgt auf

IST-Screening

Intelligenz-Struktur-Test – Screening –

Von D. Liepmann · A. Beauducel
B. Brocke · W. Nettelstroth

EINSATZBEREICH:

Jugendliche ab 15 Jahren und Erwachsene. Einzel- und Gruppentest.

DAS VERFAHREN:

Das IST-Screening ist ein vielseitig einsetzbarer, ökonomischer Kurz-Intelligenztest, der in Anlehnung an den I-S-T 2000 R entstanden ist. Es ist modular aufgebaut und an den Qualitätsanforderungen der DIN 33430 orientiert. Das Verfahren besteht aus drei Aufgabengruppen (Analogien, Zahlenreihen, Matrizen), die erste Hinweise auf die Ausprägung der drei Dimensionen (verbal, numerisch, figural) des I-S-T 2000 R liefern. Aus den drei Skalen ist ein Gesamtwert »Schlussfolgerndes Denken« bestimmbar. Die drei Aufgabengruppen sind auf dem Hintergrund der vollständigen Version des I-S-T 2000 R einzuordnen. Dabei wurden einzelne Items aus dem bestehenden Verfahren übernommen, der größte Teil ist aber durch entsprechende Neukonstruktionen gekennzeichnet. Es wurde ein erheblicher Anteil vor allem leichter Items neu konstruiert, da das Screening vor allem das Ziel erfüllen soll, die Intelligenzdiagnose nach unten hin abzusichern.

Somit ist das IST-Screening z.B. geeignet, in einem sequenziellen Auswahlprozess eine ökonomische und treffsichere Vorselektion potenziell geeigneter Kandidaten durchzuführen. Die differenzierte Erfassung weiterer Fassetten der Intelligenz auch im höheren Leistungsbereich kann im Anschluss z.B. mit dem I-S-T 2000 R erfolgen, um eine endgültige Auswahl zu treffen.

Es liegen zwei Parallelformen vor, deren Ähnlichkeit bzw. Äquivalenz empirisch nachgewiesen werden konnte. Weitere Parallelformen werden z.Z. entwickelt.

BEARBEITUNGSDAUER:

Insgesamt 26 Minuten für die drei Aufgabengruppen (ohne Instruktion).

IST-Screening

01 400 01 Test komplett bestehend aus:
Manual, 2 Testhefte A, 2 Testhefte B, 15 Antwortbogen A,
15 Antwortbogen B, Schablone A, Schablone B,
15 Ergebnisprofile und Mappe € 128,00

Testzentrale · Hogrefe Verlag GmbH & Co. KG

Herbert-Quandt-Straße 4 · 37081 Göttingen
Tel.: (0551) 99950-999 · Fax: -998

E-Mail: testzentrale@hogrefe.de · Internet: www.testzentrale.de

HOGREFE



ADS

Allgemeine Depressionsskala

2. überarbeitete und neu normierte Auflage

Von M. Hautzinger · M. Bailer
D. Hofmeister · F. Keller

EINSATZBEREICH:

Kinder und Jugendliche ab 12 Jahren sowie Erwachsene. Einsatz im klinischen Bereich (Psychiatrie, Psychotherapie, Psychosomatik), sowohl zur Statusdiagnostik als auch zur Evaluation von Behandlungseffekten und -prozessen. Die ADS hat sich in der Forschung (epidemiologische und experimentelle Studien, Erhebungen an klinischen und nicht-klinischen Stichproben, kontrollierte Therapiestudien) bewährt.

DAS VERFAHREN:

Die allgemeine Depressionsskala (ADS) ist ein Selbstbeurteilungsinstrument, mit dem die Beeinträchtigung durch depressive Symptome innerhalb der letzten Woche eingeschätzt werden kann. Dabei werden sowohl emotionale, motivationale, kognitive, somatische als auch motorisch/interaktionale Beschwerden erfragt. Durch ihre zeitsparende und kostengünstige Anwendbarkeit stellt die ADS ein sehr praktikables Verfahren dar. Die ADS liegt in einer Langform mit 20 Items (ADS-L) sowie einer Kurzform mit 15 Items (ADS-K) vor. Für die Auswertung stehen klinische Grenzwerte (Cut-Off-Werte) und Normwerte zur Verfügung, anhand derer sowohl eine kategoriale als auch dimensionale diagnostische Einordnung möglich ist. Für die 2. Auflage wurden sowohl die Langform als auch die Kurzform neu normiert. Der Cut-Off-Wert der ADS-L wurde neu berechnet. Die Items sind im Vergleich zur ersten Auflage unverändert.

BEARBEITUNGSDAUER:

Die Bearbeitung und die Auswertung dauern jeweils etwa 5 Minuten.

ADS

04 147 01 Test komplett bestehend aus:
Manual, 20 Fragebogen ADS-L, 20 Fragebogen ADS-K,
Schablonen (2) und Box € 98,00

HT 202 01 HTS* | PC-Version inkl. 50 lokale Durchführungen
und Manual € 390,00

*PC-Version benötigt HTS-Administrationssoftware. Informationen unter Tel.: 0551/99950-880.

Testzentrale · Hogrefe Verlag GmbH & Co. KG

Herbert-Quandt-Straße 4 · 37081 Göttingen
Tel.: (0551) 99950-999 · Fax: -998

E-Mail: testzentrale@hogrefe.de · Internet: www.testzentrale.de

HOGREFE



den Skalen »Soziale Resonanz«, »Dominanz«, »Kontrolle«, »Grundstimmung« und »Durchlässigkeit«. Das Verfahren ermöglicht sowohl eine Betrachtung der Einzelbilder (personbezogene Ebene) als auch den Vergleich der beiden Einzelbilder der Partner und die Interaktionen (Grad der Symmetrie bzw. Komplementarität, Grad der Bestätigung bzw. des Widerspruchs der Positionen in den Selbst- und Fremdbeurteilungen). Auf die Zuordnung zu den umstrittenen Paartypen (Kubinger, Alexandrowicz, Punter & Brähler, 2003) wurde verzichtet.

Der Fragebogen zu Angebot und Nachfrage in Partnerschaften

Im Fragebogen zu Angebot und Nachfrage in Partnerschaften können die Partner getrennt voneinander aus einer Aussagenliste im Q-Sort-Verfahren auswählen, welche Aspekte partnerschaftlichen Zusammenlebens sie besonders vom Partner erwarten (Nachfrage) bzw. welche Aspekte sie selbst zu geben bereit sind (Angebot). Wir haben in dieser Untersuchung die Papier-Bleistift-Version eingesetzt. Durch das Q-Sort-Verfahren, bei dem die einzelnen Antworten in Kategorien subjektiver Wichtigkeit zugeordnet werden müssen, wird vermieden, dass pauschal alle Antworten als »sehr wichtig« kategorisiert werden. Die Testpersonen sind somit gezwungen, sich mit den Aussagen insoweit auseinanderzusetzen, dass sie sie gegeneinander abwägen und in ihrer subjektiven Priorität ordnen. Die Auswertung erfolgt deskriptiv in der Zusammenschau der inter- sowie intraindividuellen Differenzen zwischen Angebot und Nachfrage.

Bei der Auswahl der psychologisch-diagnostischen Verfahren haben wir darauf geachtet, Verfahren zu wählen, die einen Informationsgewinn über das standardmäßig geführte Erstgespräch hinaus bringen und für die Beziehungsdiagnostik relevante Ergebnisse liefern können. Auf den Einsatz von projektiven Verfahren haben wir verzichtet, da die möglichen therapeutischen Wirkungen dieser Verfahren eine klare Trennung von Intervention und Diagnostik erschwert hätten. Die Entscheidung für den Gießen-Test und den Fragebogen zu Angebot und Nachfrage in Partnerschaften haben wir getroffen, da beide einerseits speziell für den Einsatz bei Paaren konzipiert wurden (im Gegensatz zu vielen Verfahren, die mehr Erkenntnis bei der Einbeziehung von mehrgenerationalen Systemen liefern) und andererseits viele für die Paartherapie relevante Rückmeldemöglichkeiten bieten.

Ergebnisse

In die Untersuchung konnten 42 Paare (84 Einzelpersonen) einbezogen werden. 26 Paare (61,9 Prozent) befanden sich in der VG, 16 (38,1 Prozent) in der KG. Dass sich mehr Paare in der VG befanden, liegt daran, dass wesentlich mehr Klienten der VG nach dem Diagnostiktermin zum Erstgesprächstermin erschienen sind, obwohl sie denselben langen Wartezeiten bis zum Erstgespräch unterlagen. Auf dieses Phänomen wird später noch näher eingegangen.

Paarcharakteristika

Die untersuchten Paare setzten sich aus 42 Männern und 42 Frauen zusammen. Es handelte sich ausschließlich um heterosexuelle Paare. 23 Paare (54,8 Prozent) waren zum Zeitpunkt der Anmeldung verheiratet, 19 (45,2 Prozent) lebten in einer Lebensgemeinschaft. 73,8 Prozent der Klienten gaben an, mit ihrem Partner und einem oder mehreren Kindern zusammenzuleben. 14,3 Prozent nur mit ihrem Partner, 9,5 Prozent alleine, und 2,4 Prozent lebten allein mit ihrem Kind. Die Klienten waren in der Mehrzahl angestellt (55,6 Prozent) oder haushaltsführend (13,9 Prozent). Alle stammten aus dem Großraum Wien. 25 Paare (59,5 Prozent) meldeten sich aus Eigeninitiative für eine Therapie an, die übrigen 17 Paare (40,5 Prozent) wurden von verschiedenen Stellen überwiesen (etwa Beratungsstellen, psychiatrischen Institutionen). Die Anmeldungen erfolgten zu 66,7 Prozent durch die Frau. 17 Paare (40,5 Prozent) gaben als Grund der Anmeldung eine fragliche Trennung an, 23 Paare (54,8 Prozent) Konflikte in der Paarbeziehung, und bei zwei Paaren (4,8 Prozent) war Gewalt in der Partnerschaft der Anlass zur Anmeldung.

Therapiesetting

13 Paare hatten einen Therapeuten, 21 Paare eine Therapeutin. Zwei Paare hatten ein männlich-weibliches Co-Therapeuten-Team, zwei Paare ein weiblich-weibliches Co-Therapeuten-Team. Vier Paare, die zuvor einen Diagnostiktermin absolviert hatten, fingen keine Therapie am IEF an.

Therapieverlauf

Bei Beendigung der Studie befanden sich 21 Paare (50 Prozent) in laufender Therapie, 17 (40,5 Prozent) hatten die Therapie beendet, drei waren nicht mehr interessiert, und ein Paar stand noch auf der Warteliste.

Die Paare, bei denen die Therapie bereits beendet war, gehörten zu 56 Prozent der KG, zu 44 Prozent der VG an. Hinsichtlich des Beendens oder Weiterführens der Therapie bestand zwischen KG und VG kein signifikanter Unterschied (Chi-Quadrat-Test $p = 0.444$). Von den 17 Paaren, die sich nicht mehr in Therapie befanden, hatten acht (47,1 Prozent) die Therapie abgebrochen, und neun (52,9 Prozent) hatten in Einvernehmen mit dem Therapeuten/der Therapeutin die Therapie beendet. Es zeigte sich auch hier kein signifikanter Unterschied hinsichtlich des Grundes zur Beendigung der Therapie zwischen den beiden Gruppen (Chi-Quadrat-Test: $p = 0.819$). Die Anzahl der sich über die vier beobachteten Sitzungen in Therapie befindlichen Paare weist Tabelle 1 aus. Von 100 Prozent angemeldeten Paaren der VG erschienen 84,6 Prozent zur ersten Therapiesitzung. Genauso viele erschienen zur zweiten Sitzung. An der dritten Sitzung nahmen noch 76,9 Prozent, an der vierten 73,1 Prozent teil.

Etwas anders sieht die Verteilung bei den Klienten der KG aus. Es hatten sich wesentlich mehr als die hier aufgeführten 16 Paare zum Erstgespräch angemeldet. Da diese Paare in die KG fielen, wurden sie aber bei Nichterscheinen zur ersten Sitzung nicht gewertet – ein Umstand, auf den in der Diskussion noch genauer eingegangen wird. 87,5 Prozent waren bei der zweiten, 68,8 Prozent bei der dritten und nur noch 50 Prozent bei der



Lust am Lernen statt Leiden und Lamentieren:
Berichte an den Gutachter
 Chance für echten psychodynamischen
 Erkenntnisgewinn

Wer schreibt schon gerne Berichte an den Gutachter? Wer fühlt sich nicht durch Kürzungen oder Ablehnungen beim Kassenantrag gekränkt? Doch das verbreitete Leiden am Gutachterverfahren muss nicht sein. Mit der richtigen inneren Einstellung, mit der geeigneten Arbeitstechnik und mit – für die, die es mögen – digitaler Unterstützung lässt sich der Frust über den Zwang zur Berichterstellung in Freude verwandeln: Freude und Befriedigung darüber, bei jeder Berichterstellung den Patienten individuell in seiner aktuell relevanten unbewussten Konfliktdynamik wirklich zu verstehen und aus diesem Verständnis heraus konkrete und fokussierte therapeutische Konsequenzen zu entwickeln.

Im Seminar erwerben die Teilnehmer nicht nur eine zuverlässige Systematik für die zielführende Vorgehensweise beim Berichteschreiben (u.a. mithilfe des Online-Lehrbuchs www.bericht-online.de), sondern memorieren darüber hinaus die wichtigsten psychodynamischen Grundbegriffe.

Lust am Lernen pur!



Dr. med. Udo Boessmann

Nächster Termin:
 Samstag, **19.05.2012**,
 9.30-18.00 Uhr, Wiesbaden
Referent:
 Dr. med. Udo Boessmann

Teilnahme: 165,- EUR (für Studierende 35,- EUR), zzgl. MwSt

8 Fortbildungspunkte bei der Psychotherapeutenkammer Hessen

Weitere Informationen: www.bericht-online.de

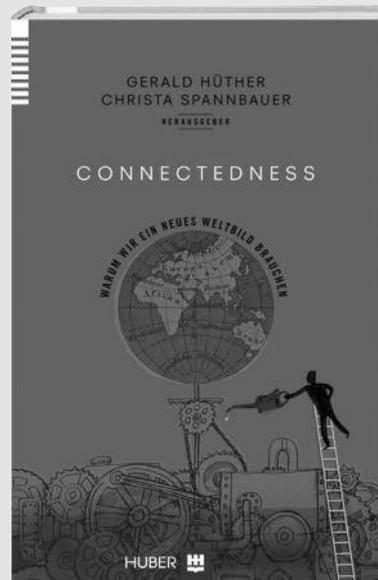
Anmeldung schriftlich, per Fax, E-Mail oder über Web:
 BO BERICHT ONLINE, Büro München
 Wachtelweg 11b, 81827 München
 Telefon: (089) 430 99 33, Fax: (03212) 116 99 21
 Mobil: (0171) 932 02 90, E-Mail: info@bericht-online.de

www.bericht-online.de

reportpsychologie 37-4|2012

121401

Was unsere Welt zusammenhält



In der öffentlichen Diskussion hat sich die Annahme festgesetzt, dass die Menschen immer erst von Eigennutz und Gewinnmaximierung getrieben sind. Langsam wird uns aber bewusst, dass dieses Denkmuster nicht der Realität entspricht.

«Connectedness» versammelt die Texte von hervorragenden Repräsentanten aus verschiedenen Wissenschaftsdisziplinen (Neurobiologie, Physik, Wirtschaftswissenschaft, Politikwissenschaft, Psychologie, Medizin und Theologie), die es sich zur Aufgabe gemacht haben, über die Grenzen ihrer jeweiligen Spezialdisziplin hinaus klare Argumente für eine neue Weltsicht aufzuzeigen – hin zu einem neuen Wir und zu neuen Lösungsansätzen für die Probleme unserer globalisierten Welt.

Gerald Hüther / Christa Spannbaauer (Hrsg.)

Connectedness

Warum wir ein neues Weltbild brauchen

Originalausgabe 2012.

144 S., Gb mit Schutzumschlag

€ 24.95 / CHF 35.50

ISBN 978-3-456-85083-2

www.verlag-hanshuber.com

HUBER



vierten Sitzung anwesend. Der Unterschied in der Anzahl der absolvierten Sitzungen zwischen Paaren der beiden Gruppe ist allerdings nicht signifikant ($p = 0.075$, Chi-Quadrat Test).

Tabelle 1: Anzahl der Paare in Therapie

	Versuchsgruppe	Kontrollgruppe
Klienten zur Anmeldung	26 (100.0%)	16 (100.0%)
1. Sitzung	22 (84.6%)	16 (100.0%)
2. Sitzung	22 (84.6%)	14 (87.5%)
3. Sitzung	20 (76.9%)	11 (68.8%)
4. Sitzung	19 (73.1%)	8 (50.0%)

Hinsichtlich des zeitlichen Abstandes zwischen den einzelnen Sitzungen besteht zwischen Paaren der VG und der KG kein signifikanter Unterschied ($p > 0.05$).

Auswirkungen des Einsatzes psychologisch-diagnostischer Verfahren auf die Einschätzung des Therapiefortschritts durch die Klienten

Die Selbsteinschätzung des Therapiefortschritts der Klienten der VG ist in Tabelle 2, die der Klienten der KG in Tabelle 3 aufgeführt. Die Einschätzung des Therapiefortschritts durch Klienten der VG zeigt einen signifikanten Unterschied zwischen den Therapiezeitpunkten (Friedman-Test: $p = 0.002$). Die Selbsteinschätzung des Therapiefortschritts steigt über die Zeit stetig an (MW: 4,5; 5,3; 6,5; 6,6). Bei der KG zeigt sich ebenfalls ein signifikanter Unterschied zwischen den vier Zeitpunkten ($p = 0.005$) hinsichtlich des wahrgenommenen Therapieerfolges. Nach anfänglichem Anstieg dieser Selbsteinschätzung fällt diese allerdings bei der dritten Sitzung unter den Wert der ersten Sitzung, um dann zur letzten Sitzung signifikant anzusteigen (MW: 5,2; 5,8; 4,8; 7,2). Bei Paaren der VG zeigte sich hingegen bereits in der dritten Sitzung ein signifikant besserer Wert im Vergleich zur ersten Sitzung ($p < 0.05$), bei Paaren der KG zeigte sich diese Verbesserung erst in der vierten Sitzung ($p < 0.05$).

Tabelle 2: Einschätzung des Therapiefortschritts durch die Versuchsgruppe (von 0 = »kein Fortschritt« bis 10 = »maximaler Fortschritt«)

Selbsteinschätzung	N	missing	MW	SD	Min	Med	Max
1. Sitzung	40	12	4.5	2.89	0	4	10
2. Sitzung	39	13	5.3	2.58	0	5	10
3. Sitzung	36	16	6.5	2.16	3	6.5	10
4. Sitzung	28	24	6.6	1.79	3	6.5	10

Tabelle 3: Einschätzung des Therapiefortschritts durch die Kontrollgruppe (von 0 = »kein Fortschritt« bis 10 = »maximaler Fortschritt«)

Selbsteinschätzung	N	missing	MW	SD	Min	Med	Max
1. Sitzung	30	2	5.2	2.31	1	5	10
2. Sitzung	24	8	5.8	2.26	2	6.5	10
3. Sitzung	17	15	4.8	2.61	0	5	10
4. Sitzung	11	21	7.2	2.04	4	8	10

Eine Aufschlüsselung der Ergebnisse nach dem Geschlecht zeigt in der dritten Sitzung ebenfalls einen signifikanten Unterschied (U-Test: $p = 0.047$): Männliche Klienten der VG bewerteten ihren eigenen Therapiefortschritt in der dritten Sitzung besser (Md = 6.5) als Männer der KG (Md = 4.5). Frauen der KG zeigen diesen Einbruch in der dritten Sitzung ebenfalls, bei ihnen ist er aber nicht signifikant (Median der dritten Sitzung: VG = 6.5; KG = 5; Genaueres siehe Pittermann & Kubinger, 2011).

Einschätzung des Therapieerfolgs durch die Klienten

Im Fragebogen zur Beurteilung des Therapieerfolgs gaben 97,8 Prozent der befragten Klienten (sprich Klienten, die zur vierten Sitzung erschienen) unabhängig von ihrer Zuteilung von KG oder VG, an, mit der Therapie zufrieden zu sein. 65,9 Prozent von ihnen gaben an, ihre Beziehung habe sich verändert. 24,4 Prozent meinten das Problem, das sie in Therapie geführt hat, habe sich gelöst, und 86 Prozent zeigten sich zuversichtlich, dass sie zu einer Problemlösung kommen werden (Mehrfachnennungen möglich).

Auswirkungen des Einsatzes psychologisch-diagnostischer Verfahren auf die Einschätzung des Therapiefortschritts durch die Therapeuten

Therapeuten von Klienten der VG schätzten diese – in Bezug auf den Therapiefortschritt – immer schlechter ein, als dies die Klienten selbst taten; bei der dritten Sitzung ist dieser Unterschied signifikant ($p < 0.001$, Wilcoxon-Test; Tabelle 4).

In der KG schätzten die Klienten ihren Therapiefortschritt ebenfalls höher ein, als die Therapeuten das taten. In dieser Gruppe werden die beschriebenen Unterschiede aber in der ersten Sitzung ($p = 0.003$, Wilcoxon-Test) und zweiten Sitzung ($p = 0.002$, Wilcoxon-Test) signifikant (Tabelle 5).

Es gibt keinen signifikanten Unterschied in der Einschätzung der Therapeuten von Klienten der VG und Therapeuten der KG ($p > 0.05$, Mann-Whitney U-Test).

Rückmeldung zur Befundbesprechung

Die Zeit, die im Mittel zur Besprechung der Ergebnisse der psychologisch-diagnostischen Verfahren aufgewendet wurde, wurde von den Therapeuten mit fünf Minuten angegeben (MW 4,95; Std. 5,74). Die längste Zeit, die zur Besprechung aufgewendet wurde, waren 20 Minuten, die kürzeste null Minuten – d.h., in diesem Fall wurden die Ergebnisse zwar von Therapeut und Paar gelesen, aber nicht besprochen. Das war bei 34,3 Prozent der Paare der Fall. Als Grund der Nichtbesprechung wurde entweder angegeben, dass dafür keine Zeit zur Verfügung gestanden habe oder dass der Therapeut bei den Klienten kein Interesse an der Besprechung der Ergebnisse wahrgenommen habe.

Befragt nach ihrer Meinung, werteten die Therapeuten nur in 10,8 Prozent den Befund als Unterstützung für die Therapie, 24,3 Prozent betrachteten ihn als wertvolle Zusatzinformation.

Bewertung des Einsatzes psychologisch-diagnostischer Verfahren

Durch die Therapeuten

Befragt nach ihrer Bewertung des Einsatzes standardi-

PTK-zertifizierte Fortbildungsangebote für approbierte Psychotherapeuten, Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten im Bereich Klinische Psychologie/ Psychotherapie. Fort- und Weiterbildungsveranstaltungen in den Bereichen Gesundheitspsychologie, Schulpsychologie, Rechtspsychologie, Verkehrspsychologie, Beratung, Supervision, Coaching und Wirtschaftspsychologie. Viele unserer Fortbildungsveranstaltungen können Sie nutzen, um die Voraussetzungen für den Erwerb anerkannter Zertifikate des BDP und externer Fachgesellschaften zu erlangen.

Kernkompetenzen für eine eigenständige Tätigkeit im Bereich Notfallpsychologie

Curriculum Notfallpsychologie

Start am 7. Juni 2012 in Berlin
Modul 1: Einführung in die Notfallpsychologie
7 Module, einzeln buchbar

www.psychologenakademie.de



DEUTSCHE PSYCHOLOGEN AKADEMIE

GMBH DES BERUFSVERBANDES DEUTSCHER PSYCHOLOGINNEN UND PSYCHOLOGEN
Am Köllnischen Park 2 · 10179 Berlin · (030) 20 91 66-314 · info@psychologenakademie.de



Als BDP-Mitglied erhalten Sie 20 % Rabatt!

ZPPM Zeitschrift für Psychotraumatologie, Psychotherapiewissenschaft Psychologische Medizin

Für alle Traumahelfer: Psychologische Psychotherapeuten, Ärzte, Seelsorger sowie Rettungs- und Sicherheitsdienste

ZPPM Herausgeber:

Prof. Dr. Gottfried Fischer (geschäftsführend), Prof. Dr. med. Luise Reddemann, Prof. Dr. Peter Riedesser (†), Prof. Dr. Dr. Manfred Spitzer

ZPPM Themenschwerpunkte 2012:

- H.1: Sucht- und Traumatherapie (Hg. Luise Reddemann & Ingo Schäfer)
- H.2: Trauma und Körper (Hg. Pia Andreatta & Inge Hefel-Lester)
- H.3: False-Memory-Debatte (Hg. Rosmarie Barwinski)
- H.4: Rituelle Gewalt (Hg. Gaby Breitenbach & Claudia Igney)

Jetzt mit Buchprämie für jedes Abo



Abonnieren Sie jetzt und Sie erhalten ein wertvolles Buchpräsent nach Wahl
(Näheres zu den Buchprämien finden Sie auf www.asanger.de unter "Prämienaktion")

Ermäßigter Jahrespreis (4 Hefte) für Mitglieder: **47,20 €** (anstatt 59 €), zzgl. 5,40 € (Versand)
Einzelheft 19 € zzgl. 1,35 € Versand

Asanger Verlag GmbH • Dr. Gerd Wenninger, Bölldorf 3, 84178 Kröning
Tel. 08744-7262 • Fax 08744-967755 • e-mail: verlag@asanger.de • www.asanger.de

Fremdeinschätzung	N	missing	MW	SD	Min	Med	Max
1. Sitzung	41	11	3.7	1.97	0	4	7
2. Sitzung	39	13	4.4	2.39	0	4	8
3. Sitzung	36	16	4.7	2.22	1	4	9
4. Sitzung	19	33	5.5	2.04	2	6	9

Tabelle 4: Einschätzung des Therapieerfolgs durch Therapeuten bei Klienten der Versuchsgruppe (von 0 = »kein Fortschritt« bis 10 = »maximaler Fortschritt«)

Fremdeinschätzung	N	missing	MW	SD	Min	Med	Max
1. Sitzung	28	4	3.5	1.71	1	3	7
2. Sitzung	22	10	3.5	1.63	1	3	6
3. Sitzung	15	17	3.9	2.00	0	4	7
4. Sitzung	9	23	5.9	1.27	4	6	8

Tabelle 5: Einschätzung des Therapieerfolgs durch Therapeuten bei Klienten der Kontrollgruppe (von 0 = »kein Fortschritt« bis 10 = »maximaler Fortschritt«)

sierter psychologisch-diagnostischer Verfahren im Rahmen einer systemischen Paartherapie, gaben lediglich in 8,6 Prozent der Fälle die Therapeuten an, dass sie der Meinung seien, die psychologisch-diagnostischen Verfahren hätten den Klienten geholfen, sich über ihre Schwierigkeiten klar zu werden, und in nur 25,7 Prozent der Fälle nahmen die Therapeuten an, dass die Verfahren die Klienten zum Nachdenken angeregt hätten. Dieser Fragebogen enthielt eine offene Frage nach dem erlebten Wert des Einsatzes von standardisierten Verfahren. Von den Therapeuten wurde hier nicht eine einzige positive Beurteilung abgegeben. Die Kritik an den psychologisch-diagnostischen Verfahren war jedoch umfangreich. Die Hauptkritikpunkte bezogen sich darauf, dass die Ergebnisse der diagnostischen Untersuchung entweder als nicht relevant für den Therapieprozess erlebt wurden (und deshalb auch nicht verwendet wurden), im Widerspruch zur der durch die Klienten beklagten Problemlage stehen würden, zu wenig in die Tiefe gingen oder Hypothesen einzementieren und zu Tatsachen machen würden.

Durch die Klienten

Die Klienten gaben zu 33,3 Prozent an, die psychologisch-diagnostische Untersuchung habe ihnen geholfen, sich über ihre Schwierigkeiten klar zu werden, und 66,7 Prozent meinten, sie seien durch die Untersuchung zum Nachdenken angeregt worden.

Im Rahmen der offenen Antwortmöglichkeit zum Wert des Einsatzes psychologisch-diagnostischer Verfahren überwogen die positiven Einschätzungen sehr deutlich. Die wenigen Kritikpunkte an den psychologisch-diagnostischen Verfahren bezogen sich darauf, dass die Testergebnisse als zu wenig aussagekräftig bzw. als bereits bekannt beurteilt wurden. Positiv wurde etwa festgehalten, dass sich durch die Fragebogenuntersuchung neue Möglichkeiten und Perspektiven ergeben hätten (bspw. »ich sehe Möglichkeiten, die meine Ängste wegnehmen«; »ich habe gesehen, dass es doch Gemeinsamkeiten gibt«; »die Ergebnisse haben die Ausgangssituation für mich

verändert; ich sah die Beziehung anhand der Auswertung positiver«), zum Nachdenken angeregt wurde (bspw. »sich Problembewusstsein entwickeln konnte«; »ich mich konzentrieren musste und meine Probleme formulieren musste«, »man fängt an, über sich selbst nachzudenken«) oder sich neue Gesprächsmöglichkeiten mit dem Partner ergaben (bspw. »es ergab sich dadurch ein Gespräch mit meiner Partnerin«).

Diskussion

Unsere Studie zeigt, dass die Ergebnisse zu den Auswirkungen des Einsatzes von psychologisch-diagnostischen Verfahren nicht unbedingt im Einklang mit den Ergebnissen über ihre Akzeptanz stehen und die Ergebnisse unterschiedlich ausfallen, je nachdem, ob die Klienten- oder Therapeutenebene betrachtet wird. Hinsichtlich der Auswirkungen des Einsatzes von psychologisch-diagnostischen Verfahren auf den therapeutischen Prozess ist zunächst festzuhalten, dass sich dieser auf keine der von uns erhobenen Parameter negativ ausgewirkt hat. Die Werte der Selbsteinschätzung des Therapiefortschritts steigen unabhängig vom Einsatz von psychologisch-diagnostischen Verfahren über die Zeit an. Sowohl dieses Ergebnis als auch die abschließende Einschätzung des Therapieverlaufs zeigen, dass die Therapie von den Klienten als hilfreich erlebt wird, und zwar unabhängig davon, ob zu Beginn eine Untersuchung mit psychologisch-diagnostischen Verfahren durchgeführt wurde.

Ein Unterschied zwischen VG und KG zeigte sich dahingehend, dass Klienten der VG in ihrer Einschätzung des Therapiefortschritts keinen Einbruch in der dritten Sitzung zeigten, der Therapiefortschritt sich also schneller einstellte bzw. stabiler war. Geschlechtsunterschiede hinsichtlich des Profitierens vom Einsatz standardisierter Verfahren konnten nicht festgestellt werden. Auffallend war, dass der erlebte Therapiefortschritt durch die Klienten immer größer war als der von ihren Therapeuten eingeschätzte. Für die Bewertung des Therapiefortschritts machte es aus Therapeutensicht aber keinen Unterschied, ob zuvor psychologisch-diagnostische Verfahren angewendet worden waren oder nicht. Effekte der psychologisch-diagnostischen Verfahren im Rahmen der Einschätzung des Therapiefortschritts lagen also rein auf Klientenebene.

Hinsichtlich der Akzeptanz des Einsatzes psychologisch-diagnostischer Verfahren konnten wir feststellen, dass die Klienten positiv auf die Fragebogenuntersuchung reagierten. Sie gaben an, die Auseinandersetzung mit den Fragebögen als hilfreich zu empfinden, da sie durch die Notwendigkeit, Schwierigkeiten zu formulieren, einen klaren Überblick über allgemeine Probleme gebe bzw. die problematischen »Startbedingungen« konkretisiere. Die Klienten gaben an, die Fragebogen würden zum Nachdenken über und zur Auseinandersetzung mit Selbst- und Fremdbild anregen, sodass sich ein neues Problembewusstsein entwickeln könne. Die Klienten gaben an, dass sich für sie somit neue Perspektiven ergeben hätten, neben Problemen auch Gemeinsamkeiten deutlich geworden seien und sich Gesprächsmöglichkeiten mit dem Partner ergeben hätten. Systemisch gesprochen beschreiben

die Klienten den von Kubinger (2005) berichteten Effekt von psychologischer Diagnostik, musterunterbrechend zu wirken und ein Reframing (die Umdeutung einer Situation, die neue Sichtweisen möglich macht; siehe von Schlippe & Schweitzer, 2010) zu ermöglichen. Auf Seite der Therapeuten fiel die Beurteilung der psychologisch-diagnostischen Untersuchung nicht so positiv aus. Nur in wenigen Fällen wurde das Ergebnis als hilfreich oder die Therapie unterstützend erlebt; thematisiert wurden problematisch wahrgenommene Aspekte der psychologischen Diagnostik. In etwa einem Drittel der Fälle wurde die Ergebnismeldung durch die Therapeuten in der Therapie bewusst ausgeklammert.

Ein weiterer Aspekt des Einsatzes von psychologisch-diagnostischen Verfahren auf Klientenebene hat uns überrascht: Der zuvor erfolgte Diagnostiktermin führte augenscheinlich dazu, dass Paare, die diesen absolvierten, trotz langer Wartezeit zum Erstgespräch erschienen. Die Zahl der Paare, die nach dem Diagnostiktermin nicht zum Erstgesprächstermin erschien, war um ein Vielfaches kleiner als die der Paare in der Gruppe ohne Diagnostiktermin. Auf dieses Phänomen ist auch die ungleiche Verteilung der Paare auf VG und KG zurückzuführen: Da wir zu Beginn der Studie damit rechneten, dass in etwa gleich viele Paare aus VG und KG nicht zum Erstgesprächstermin erscheinen würden, wurden darüber keine gesonderten Aufzeichnungen geführt. Einerseits lässt sich der Unterschied mit der Annahme erklären, dass Paare, die bereits Zeit in den Diagnostiktermin »investiert« hatten, ihren Aufwand rechtfertigen wollten und zur Therapie erschienen, um im Erstgespräch die Ergebnisse zu erfahren. Eine Variante dieser Annahme wäre, dass der in der Wartezeit durchgeführte Diagnostiktermin den Paaren den Eindruck vermittelte, man sei an ihnen und ihren Problemen wirklich interessiert, und auf diese Weise eine stabilere Bindung an das Therapieinstitut bestand. Drittens ist aber auch möglich, dass sie gewisse Fortschritte bereits durch die psychologisch-diagnostischen Verfahren erlebten und damit in ihrer Hoffnung gestärkt wurden, die Institution könne ihnen wirklich helfen.

Ganz klar limitierend muss zu unserer Studie angeführt werden, dass die Beurteilung des Einsatzes standardisierter Verfahren durch die Klienten retrospektiv nach der vierten Sitzung vorgenommen wurde und es durchaus denkbar ist, dass die rückblickende Beurteilung Ver-

zerrungen unterliegt (zu retrospektiven Erhebungen siehe auch Flückiger, Regli, Grawe & Lutz, 2007). Der Umstand, dass mehr Klienten der VG als Klienten der KG zum Erstgespräch erschienen sind, kann aber als Indiz für die Beurteilung der Klienten gelten: Der Diagnostiktermin muss zumindest so positiv wahrgenommen worden sein, dass die Klienten zum Erstgespräch erschienen, statt die Therapie nach langer Wartezeit doch nicht aufzunehmen.

Eine weitere Limitation der Aussagekraft unserer Studie ergibt sich aus dem Faktum, dass wir lediglich mit zwei Fragebögen gearbeitet haben, und das auch nur im speziellen Fall der Paartherapie im Rahmen eines systemischen Therapieinstitutes. Trotzdem lassen sich doch erste Schlüsse ziehen, die dafürsprechen, dass die Erweiterung der ursprünglichen Strategie »Diagnostik im Gespräch« durch den Einsatz von standardisierten Verfahren durchaus positive Aspekte bringen kann.

Zuletzt ist noch anzumerken, dass wir aufgrund des feldexperimentellen Charakters unserer Untersuchung Einbußen hinsichtlich mancher Gütekriterien hinnehmen mussten. Die Anzahl der Klienten etwa, die sich zum Zeitpunkt der vierten Sitzung noch in Therapie befanden, ist kleiner, als wir uns das gewünscht hätten. Da wir unsere Hypothesen allerdings tatsächlich dem »Realitätscheck« aussetzen wollten und die Geduld und Ressourcen des Therapieinstitutes nicht überstrapazieren wollten, mussten wir das in Kauf nehmen.

Es ist sicherlich notwendig, weitere Untersuchungen – mit verschiedenen Stichproben sowie unterschiedlichen Verfahren – durchzuführen, um optimale Einsatzmöglichkeiten von standardisierten Verfahren im therapeutischen Prozess zu identifizieren. Diese erste Arbeit hat jedenfalls gezeigt, dass der Einsatz im therapeutischen Prozess den Klienten zugutezukommen scheint. Gerade die der psychologischen Diagnostik oft vorgeworfene »Sperrigkeit« oder Vereinfachung ohne Konzentration auf die individuelle Situation der Klienten scheint in der Praxis von den Paaren nicht erlebt worden zu sein. Der Einsatz von Fragebögen kann somit durchaus mehr sein als ein statistischer, normativer Vergleich oder eine Schaffung von Struktur zur Angstreduktion bei Therapeuten (Williams, 1978). Klienten scheinen diese zu Beginn einer systemischen Paar-Psychotherapie im Sinne einer Reflexion gut annehmen und verwerten zu können.

Sucht, Depression, Angst, Burn-out

Zurück ins Leben

Beratung und Information

0800 32 22 32 2

(kostenfrei)

Unsere privaten Akutkrankenhäuser:

Schwarzwald, Weserbergland,

Berlin/Brandenburg

www.oberbergkliniken.de

Sofortaufnahme – auch im akuten Krankheitsstadium.
Hochintensive und individuelle Therapien für Privatversicherte und Beihilfeberechtigte.

Wir helfen bei der Klärung der Kostenübernahme.


Oberberg

Psychotherapie · Psychiatrie · Psychosomatik

ZUSAMMENFASSUNG

Ziel der vorliegenden Untersuchung war es, im Rahmen eines Experiments die Auswirkungen des Einsatzes von standardisierten psychologisch-diagnostischen Verfahren vor dem Erstgespräch einer Systemischen Paartherapie anhand der Einschätzung des Therapiefortschrittes durch Klienten und Therapeuten zu erfassen. Untersucht wurde auch, ob der Therapieprozess durch diagnostische Verfahren beeinflusst wird und wie sie akzeptiert werden. Die Untersuchung an 42 Frau-Mann-Paaren zeigte, dass sich der Therapieerfolg aus der Sicht der Klienten schneller einstellte und stabiler war, wenn zuvor eine psychologische Diagnostik erfolgte. Hinsichtlich der Akzeptanz der psychologisch-diagnostischen Verfahren konnten wir feststellen, dass Therapeuten den Einsatz von psychologischer Diagnostik sehr kritisch sehen, Klienten diesen aber positiv bewerteten. Ein Diagnostiktermin vor dem Erstgespräch reduzierte außerdem die Drop-out-Rate während der Wartezeit.

Schlüsselwörter: Psychologische Diagnostik; Systemische Psychotherapie; Therapieerfolg

LITERATUR

- Adornetto, C. & Schneider, S. (2009). Diagnostisches Vorgehen. In S. Schneider & J. Margraf (Hrsg.), *Lehrbuch der Verhaltenstherapie: Störungen im Kindes- und Jugendalter* (S. 124-144). Heidelberg: Springer.
- Benninghoven, D., Cierpka, M. & Thomas, V. (2003). Überblick über familiendiagnostische Fragenbogeninventare. In M. Cierpka (Hrsg.), *Handbuch der Familiendiagnostik* (S. 487-510). Berlin: Springer.
- Brähler, E. & Brähler, C. (1997). *Paardiagnostik mit dem Gießen-Test*. Bern: Huber.
- Cierpka, M. (2000). Diagnostik in der Familientherapie. In A. R. Laireiter (Hrsg.), *Diagnostik in der Psychotherapie* (S. 217-234). Wien: Springer.
- Cierpka, M. (Hrsg.) (2003). *Handbuch der Familiendiagnostik*. Berlin: Springer.
- Cierpka, M. & Frevert, G. (1994). *Die Familienbögen*. Göttingen: Hogrefe.
- Deissler, K. G. (1986). *Rekursive Informationsschöpfung: Zirkuläres Fragen als Erzeugung von Information*. Unveröff. Manuskript, Marburg.
- Fiegl, J. & Reznicek, E. (2000). Diagnostik in der Systemischen Therapie. In A. R. Laireiter (Hrsg.), *Diagnostik in der Psychotherapie* (S. 235-245). Wien: Springer.
- Flückiger, C., Regli, D., Grawe, K. & Lutz, W. (2007). Similarities and differences between retrospective and pre-post measurements of outcome. *Psychotherapy Research*, 17, 359-364.
- Gehring, T. M. (1998). *Familiensystemtest*. Weinheim: Beltz.
- Howells, J. G. & Lickorish, J. R. (1989). *Familien-Beziehungs-Test* (4. Aufl.). München: Reinhardt.
- Kubinger, K. D. (2009). *Psychologische Diagnostik – Theorie und Praxis psychologischer Diagnostizierens*. Göttingen: Hogrefe.
- Kubinger, K. D. & Jäger, R. S. (Hrsg.) (2003). *Schlüsselbegriffe der Psychologischen Diagnostik*. Weinheim: Beltz PVU.
- Kubinger, K. D., Alexandrowicz, R., Punter, J. F. & Brähler, E. (2003). Paardiagnostik mit dem Gießen-Test – Typische Paarprofile in der »Normal«-Bevölkerung. *Familiendynamik*, 28, 219-235.
- Kubinger, K. D. (2005). Psychologische Diagnostik und Systemische Therapie. In I. Manfredini (Hrsg.), *Vielstimmigkeit in der systemischen Therapie* (S. 91-96). Wien: Mails & More.
- Kos, M. & Biermann, G. (2002). *Die verzauberte Familie* (5. Aufl.). Göttingen: Hogrefe.
- Laireiter, A. R. (2000a). Diagnostik in der Psychotherapie: Perspektiven, Aufgaben und Qualitätskriterien. In: Laireiter, A. R. (Hrsg.), *Diagnostik in der Psychotherapie* (S. 3-23). Wien: Springer.
- Laireiter, A. R. (Hrsg.) (2000b). *Diagnostik in der Psychotherapie*. Wien: Springer.
- Laireiter, A. R. (2005). Klinisch-psychologische und psychotherapeutische Diagnostik. In: Bartuska, H. et al. (Hrsg.), *Psychotherapeutische Diagnostik* (S. 199-226). Wien: Springer.
- Ludewig, K. (1992). *Systemische Therapie. Grundlagen klinischer Theorie und Praxis*. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Ludewig, K. (2000). *Das Familienbrett: ein Verfahren für die Forschung und Praxis mit Familien und anderen sozialen Systemen*. Göttingen: Hogrefe.
- Mattejat, F. (1994). *Das subjektive Familienbild*. Göttingen: Hogrefe.
- Pittermann, A. & Kubinger, K. D. (2011). Co-existence or alliance? Psychological assessment and its effects on therapeutic process using systemic psychotherapy as an example. *Psychology*, 1, 42-48.
- Pfundner, M. (1997). *Erwartungen an die Partnerschaft. Erhebung der Determinanten eines Wunschbildes mittels des Fragebogens FEP*. Diplomarbeit Universität Wien.
- Remschmidt, H. & Mattejat, F. (1999). *Familien-Identifikations-Test*. Göttingen: Hogrefe.
- Schneider, S. & Margraf, J. (2011). *DIPS – Diagnostisches Interview bei psychischen Störungen* (4. überarbeitete Auflage). Berlin: Springer.

ABSTRACT

The aim of the given experiment was to establish the effects of standardized questionnaires if used before the first session of a systemic psychotherapy. The matter was acceptance of both, the therapists as well as the patients, and primarily the influence of psychological assessment on the therapeutic process. The result due the sample of 42 couples was that therapeutic success applies quite sooner and was more stable if certain standardized psychological questionnaires were applied in advance – from the patients' point of view. While patients appreciated psychological assessment, therapists did not: they rather evaluated the use of standardized psychological questionnaires as troublesome.

Keywords: psychological assessment, systemic psychotherapy, efficiency of psychotherapy

- Scholz, O. B. (Hrsg.) (1978). *Diagnostik in Ehe- und Partnerschaftskrisen*. München: Urban und Schwarzenberg.
- Simader-Hunek, N. (2004). *Die praktische Bewährung des »Fragebogens zu Angebot und Nachfrage in Partnerschaften« (FAN): Was Teenager heute geben und haben wollen*. Diplomarbeit Universität Wien.
- Scheib, P. & Wirsching, M. (1994). Diagnostik in der Familientherapie. In P. L. Janssen & W. Schneider (Hrsg.), *Diagnostik in Psychotherapie und Psychosomatik* (S. 165-195). München: Urban & Fischer.
- Schweitzer, J., Retzer, A. & Fischer, R. (Hrsg.) (1992). *Systemische Praxis und Postmoderne*. Frankfurt am Main: Suhrkamp.
- Suppiger, A., In-Albon, T., Hendriksen, S., Hermann, E., Margraf, J. & Schneider, S. (2009). Acceptance of structured diagnostic interviews for mental disorders in clinical practice and research settings. *Behavior Therapy*, 40, 272-279.
- Thomas, V. (2003). Prozessmodelle und Ratingskalen. In M. Cierpka (Hrsg.), *Handbuch der Familiendiagnostik* (S. 469-485). Berlin: Springer.
- Williams, A. R. (1978). *Das gemeinsame Erstinterview zur Ehe- und Partnerschaftstherapie*. In O. B. Scholz (Hrsg.), *Diagnostik in Ehe- und Partnerschaftskrisen* (S. 51-60). München: Urban und Schwarzenberg.
- Von Schlippe, A. & Schweitzer, J. (2010). *Systemische Interventionen*. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.

Stifterbriefe helfen bei der Nachwuchsförderung



Auch dieses Jahr besteht die Möglichkeit, Stifterbriefe zu erwerben und damit die Förderung besonders talentierter Studierender im Hauptfach Psychologie zu unterstützen. Den »Silbernen Stifterbrief« erhalten Spender und Spenderinnen, die an die Stiftung EUR 250,- überweisen, den »Goldenen Stifterbrief« erhält, wer EUR 500,- überweist. Diese Spenden dienen ausschließlich der Erhöhung des Stiftungskapitals, die Zinsen werden nur für Stipendien verwendet. Selbstverständlich sind auch Einzelspenden in beliebiger Höhe möglich. Die Studienstiftung ist für jede finanzielle Unterstützung dankbar. Seit 1994 vergibt die Studienstiftung Deutscher Psychologen e.V. Stipendien an Studierende im Hauptfach Psychologie. Die Studienstiftung ist als gemeinnützige Einrichtung anerkannt. Spenden sind steuerlich absetzbar.

Studienstiftung:

Konto-Nummer 045 815 099, Kreissparkasse Köln, BLZ 370 502 99