

Prozessmonitoring in der Psychotherapie: Anspruch und Nutzen

Günter Schiepek, Leonhard Kratzer, Yvonne Hülsner & Egon Bachler

Zusammenfassung: Psychotherapie vollzieht den digitalen Wandel. Elektronisches (d. h. Internet- und app-basiertes) Feedback zum Verlauf von Psychotherapien etabliert sich in der Praxis zunehmend mehr und gilt aus Sicht zahlreicher Forscher als „good practice“. Berichtet wird über die Resultate mehrerer Meta-Analysen zu den Effekten von Therapiefeedback. Dabei kommt es entscheidend darauf an, wie dieses Feedback realisiert wird. Eine Rolle spielen dabei die Messfrequenz, die Option, nichtlineare Eigenschaften des Veränderungsprozesses zu erkennen (z. B. spontane Musterwechsel, Phasen von Stabilität oder Instabilität), die erfassten Prozessmerkmale sowie die Qualität und Häufigkeit von Feedbackgesprächen unter Bezug auf die visualisierten Analyseergebnisse. Der Mehrwert für Klientinnen¹, Therapeutinnen und praxisnahe Forschung kann sehr vielfältig sein, wobei zu bedenken ist, dass sich die Routinepraxis durch digitalisiertes Feedback bereits jetzt verändert.

Die aktuelle Diskussion zur Evaluation ambulanter psychotherapeutischer Behandlungen führt zur Frage nach dem Nutzen von Feedback- und Monitoring-Systemen in der Praxis. Wie kann Feedback in die Routinepraxis integriert werden und wie verändert es die therapeutische Arbeit?

Bedarf und Nutzen

Die primäre Zielsetzung von kontinuierlichem Prozess- und Outcome-Monitoring in der Routinepraxis richtet sich auf eine Verbesserung der Wirksamkeit von Psychotherapie. Es besteht die Hoffnung, Therapien durch solche Instrumente effektiver zu machen – und zwar nicht nur im Durchschnitt, sondern speziell auch für solche Patientinnen, deren Psychotherapie ohne Verlaufsfeedback sonst ergebnislos („non-responder“), mit Verschlechterungen („deteriorations“) oder mit Abbrüchen („drop-outs“) enden würde. Entsprechende Zahlen machen die Notwendigkeit deutlich: In Übersichtsarbeiten wird von einer durchschnittlichen Abbruchrate von 47 %, berichtet, der Anteil an „non-respondern“ liege zwischen 10 % und 50 %, und mit Verschlechterungen sei in 5 % bis 15 % der Fälle zu rechnen (Fischer-Klepsch et al., 2009; Lambert et al., 2002a; Lambert & Ogles, 2004). „Versteckte“ Misserfolge sind bei fehlender Abschlussdokumentationen kaum erkennbar und wurden folglich nicht mitberücksichtigt (Hiller et al., 2011). Trotz ständiger Weiterentwicklungen auf dem Gebiet störungsspezifischer Psychotherapien sind heute in vielen Bereichen keine besseren Therapieergebnisse zu verzeichnen als vor Jahrzehnten (Cristea et al., 2017; Hand, 2015; Johnsen &

Friborg, 2015). Auch wenn man den Fokus auf die Person der Psychotherapeutin und deren (Lern-)Fähigkeit zum richtigen Einschätzen der Therapiesituation legt, zeigen sich hier Probleme: So verbessert sich die persönliche Wirksamkeit von Psychotherapeutinnen mit zunehmender Berufserfahrung nicht (Goldberg et al., 2016). Psychotherapeutinnen scheinen überdies nur sehr begrenzt in der Lage zu sein, Verschlechterungen oder nahende Therapieabbrüche ihrer Patientinnen rechtzeitig zu erkennen (Lambert et al., 2002b; Hatfield et al., 2010). Offenbar unterliegen Psychotherapeutinnen einem schönfärbenden Bias, d. h. sie schätzen Behandlungsschritte deutlich positiver ein, als sie sich in Messergebnissen darstellen (Sapyta et al., 2005). Quantitative Rückmeldungen werden häufig entwertet (Norcross, 2003) oder ignoriert (Garland et al., 2003).

Auch wenn diese Befunde primär aus dem angloamerikanischen Raum stammen und vielleicht etwas überzeichnet wir-

— Durch Monitoring-Systeme sollen Psychotherapien wirksamer gemacht werden – besonders bei Patientengruppen, bei denen ohne Feedback eine Verschlechterung oder ein Abbruch drohen würde. —

ken, sollten sie doch zu denken geben. Neben dem ableitbaren Anspruch, Psychotherapien in ihrem Verlauf transparenter zu machen und Prozesse auch quantifiziert darzustellen, verdeutlichen sie auf jeden Fall die Notwendigkeit zur Optimierung von Psychotherapien durch Formen fortlaufender

¹ Zu der mit der Ausgabe 4/2017 eingeführten geschlechtersensiblen Schreibweise im Psychotherapeutenjournal lesen Sie bitte den Hinweis auf der hinteren inneren Umschlagseite. Bei dieser Ausgabe handelt es sich um ein Heft in der weiblichen Sprachform.

Rückkopplung an die Patientenwahrnehmung. Die Datenlage zum Nutzen von eben in diesem Sinne eingesetzten Monitoring-Systemen lässt diesbezüglich durchaus hoffen. In einer Studie aus der stationären Psychotherapie konnte mit dem Einsatz von Feedback die Verschlechterungsrate von 25 % auf unter 9 % gesenkt werden (Probst et al., 2013). In der gemeindenahen Versorgung depressiver Patientinnen, die feedback-unterstützt behandelt wurden, zeigten sich im Vergleich mit Patientinnen ohne Feedback deutliche Effekte (36 % vs. 13 % Verbesserung) (Gibbons et al., 2015). Frühwarnsignale („precursors“) von Therapieabbrüchen lassen sich mit Monitoring-Systemen offenbar erkennen, ebenso Beziehungskrisen („alliance ruptures“), die Psychotherapeutinnen anscheinend nicht bemerken, obwohl sie ja direkt involviert sind (Hannan et al., 2005). In einer Studie von Finch et al. (2001) konnten 85 % bis 100 % der Patientinnen, deren Symptomatik sich im Verlauf von Psychotherapien verschlechterte, durch den Einsatz von Monitoring-Systemen identifiziert werden (vgl. auch Dimidjian & Hollon, 2010). Mediiierende „common factors“ lassen sich somit nicht nur durch Supervision und kollegiale Intervention aktivieren, sondern auch durch Feedback (Lambert, 2017), wobei sich Supervision und Therapiefeedback

Monitoring-Systeme bieten die Möglichkeit, mit geringem Aufwand zeitlich beliebige Taktungen von Fragebogen-Erfassungen durchzuführen und die Ergebnisse zu visualisieren.

ergänzen und gegenseitig optimieren (Rousmaniere, 2014; Rubel et al., 2017; Swift et al., 2015).

Inzwischen liegen über 43 Studien zur Wirksamkeit von Therapiefeedback vor. Seit dem Jahr 2000 wurden vier Übersichtsarbeiten und Meta-Analysen zum Effekt von Therapiefeedback publiziert, mit unterschiedlichen Ergebnissen. Zwei Übersichten stammen aus der Arbeitsgruppe um Lambert (Shimokawa et al., 2010; Lambert, 2017)² und beziehen sich auf die Daten ihrer eigenen Studien. Shimokawa et al. (2010) berichten auf der Basis von sechs Studien von mittleren bis großen Effekten ($g = 0,53-0,70$), vor allem bei Patientinnen mit „not on track“-Verläufen, also solchen, die sich unter dem Durchschnitt vergleichbarer Patientinnen entwickeln (vgl. auch de Jong et al., 2014). Eine Übersichtsarbeit von Lambert (2017) über 12 Studien zeigt, dass sich bei Patientinnen mit dem Risiko einer Verschlechterung die Verschlechterungsrate von 21 % auf 13 % reduzieren lässt, während die Remissionsrate von 20 % auf 35 % ansteigt. Wird auf negatives Feedback mit maßgeschneiderten Problemlösungsangeboten (z. B. Clinical Support Tools) reagiert, sinken Verschlechterungen sogar auf 6 % ab, während die Remissionsrate auf über 50 % ansteigt. Die Meta-Analyse von Knaup et al. (2009) basiert auf 12 Studien und stellt einen geringen Gesamteffekt des Einsatzes von Feedback-Systemen fest ($d = 0,10$), der zudem im Follow-up wieder verschwindet. Ein Cochrane-

Review (Kendrick et al., 2016), basierend auf 17 Studien, fand keine Gesamteffekte, jedoch einen gering positiven Effekt bei Patientinnen mit „not on track“-Verläufen ($d = 0,22$). Die jüngste Meta-Analyse (de Jong et al., im Druck) bezieht sich auf 43 Studien und berichtet über einen geringen Gesamteffekt von $d = 0,17$, mit Hinweis auf überdauernde Effekte im Follow-up ($d = 0,18$) und einer Reduktion von Drop-out-Raten (reduzierte odds um 22 %). Je nach Einschätzung könnte man die Datenlage also mit vorsichtigem Optimismus beurteilen. Angemerkt sei in diesem Zusammenhang, dass die Effekte von Therapiefeedback nicht zuletzt von den vorausgehenden Einstellungen und Erwartungshaltungen abhängig sind, die Psychotherapeutinnen und Patientinnen diesem Procedere gegenüber einnehmen (zu Therapeutenfaktoren s. de Jong et al., 2012; de Jong & de Goede, 2015; Lutz et al., 2015).

Compliance

Die technische und praktische Machbarkeit („feasibility“) von Therapiefeedback in der Praxis ist durchaus gegeben (Brown et al., 1999). Monitoring-Systeme wie das Synergetische Navigationssystem (SNS) bieten die Möglichkeit, mit geringem Aufwand zeitlich beliebige Taktungen von Fragebogen-Erfassungen durchzuführen und die Ergebnisse zu visualisieren. Als Standard für hochfrequente (tägliche) mehrdimensionale Prozessfassung kann der Therapie-Prozessbogen (TPB) gelten (Schiepek et al., 2019). Die Variante für ambulante Psychotherapie enthält 33 Items wie „Heute bin ich der Lösung meiner Probleme nähergekommen.“, „Heute war ich motiviert, an der Erreichung meiner Ziele zu arbeiten.“ oder „Heute erlebte ich innere Unruhe/Anspannung.“ – jeweils einzuschätzen auf visuellen Analogskalen.

Patientinnen können Fragebögen über Smartphones, Tablets oder PCs ausfüllen. Die Ergebnisse sind für die Psychotherapeutinnen in Echtzeit sichtbar und können regelmäßig mit der Patientin besprochen, in der Patientenakte abgespeichert oder in einen LZT-Antrag integriert werden. Der aktive Einbezug der Patientin in die Reflexion des Therapieverlaufs bringt diese in eine partizipative Rolle.

Die Kooperationsbereitschaft und Technologieakzeptanz von Patientinnen für kontinuierliches Monitoring sind hoch, wie Praxiserfahrungen und Studien zeigen. 93 % der befragten Patientinnen der TK-Studie zur Qualitätssicherung äußerten sich positiv über psychometrische Erhebungen in der ambulanten Psychotherapie (Lutz et al., 2012). Im Bereich der stationären und tagesklinischen Therapie konnte an einer nicht selektierten Patientengruppe eine Compliance-Rate von ca.

² Die hier kursiv ausgewiesenen Kurztitel finden Sie mit ausführlichen Quellenangaben am Ende des Artikels, das vollständige Literaturverzeichnis auf der Homepage der Zeitschrift unter www.psychotherapeutenjournal.de.

80 % festgestellt werden, und zwar bei täglichen (!) Selbsteinschätzungen mit dem Therapie-Prozessbogen (TPB, 47 Items) (Schiepek et al., 2016). In der ambulanten Praxis ist die Nutzungsbereitschaft ähnlich hoch.

Compliance-Raten erweisen sich weitgehend unabhängig von Diagnosen und vom Schweregrad der Störung (Schiepek et al., 2016). Nach eigener, inzwischen 12-jähriger Erfahrung hängt die Nutzungsbereitschaft von Feedback-Systemen dagegen vom erkennbaren Nutzen für die Patientinnen, von Frequenz und Qualität der Feedbackgespräche zum Behandlungsverlauf und auch von der Identifikation der Psychotherapeutin mit der Methodik ab (vgl. auch de Jong et al., 2012). Optimale Nutzungsbereitschaft ergibt sich durch die Arbeit mit individualisierten Prozessfragebögen, wie sie aus individuellen Fallkonzeptionen (z. B. idiographischer Systemmodellierung) heraus entwickelt werden (Schiepek et al., 2015). Eine Ablehnung des Vorgehens auf Seiten der Patientinnen ist selten; die dann vorgebrachten Zurückweisungsgründe liegen vereinzelt in überzogenen Befürchtungen oder technologiefeindlichen Einstellungen. Nach kurzer Einführung haben oft auch ältere Patientinnen Erfolgserlebnisse mit tablet- oder smartphone-basierten Technologien.

Wie soll Therapiemonitoring durchgeführt werden?

Nach bisherigen Erfahrungen kann vermutet werden, dass der Mehrwert und auch der therapeutische Effekt des Therapiemonitorings von der Art der Durchführung abhängen. Diese Einschätzung deckt sich mit Wampold (2015), der routinemäßigem Therapiefeedback zwar ausreichende Evidenz bescheinigt, aber die entscheidende Frage eben darin sieht, *wie* es realisiert wird. Sollte sich Feedback nur auf das Outcome beziehen wie in den ersten Evaluationsprojekten der Techniker-Krankenkasse (Outcome-Erfassung im halbjährlichen Rhythmus; Strauß et al., 2015) oder sollte ein kombiniertes Prozess-Outcome-Monitoring umgesetzt werden, das unterschiedliche Prozessmerkmale berücksichtigt (z. B. therapeutische Beziehung, Veränderungsmotivation, Einsicht und Verständnis, Fortschritte, Emotionen, Problembelastung)? In welcher Frequenz und Taktung sollten Daten erhoben werden? Sollte man sich nur auf „Verbesserung vs. Verschlechterung“ konzentrieren oder sind dynamische Muster wie sprunghafte Veränderungen oder Destabilisierungen des Prozesses interessant? Wird mit standardisierten oder mit individualisierten Prozessfragebögen gearbeitet? Wie oft und in welcher Qualität finden feedback-basierte Therapiegespräche statt? An diesen und ähnlichen Fragen entscheidet sich unserer Erfahrung nach die Qualität und Reichhaltigkeit der Information über den Verlauf, damit die Motivation von Patientinnen und Psychotherapeutinnen, mit Feedback zu arbeiten, und schließlich der Nutzen und Mehrwert. Künftige

Evaluationsstudien müssten folglich der Qualität der Durchführung und dem „Wie“ des Vorgehens mehr Beachtung schenken.

Die Richtlinien für die Evaluation im Bereich der ambulanten Psychotherapie, die das Institut für Qualitätssicherung und Transparenz in der Medizin (IQTIG) für den Gemeinsamen Bundesausschuss der Ärzte und Krankenkassen (G-BA) erarbeitet hat,³ können als Schritt in Richtung einer Qualitätsdefinition gelesen werden. Methoden der Qualitätssicherung sollten

- sowohl auf die Prozess- als auch die Ergebnisqualität fokussieren,
- einrichtungsbezogen sein, d. h. in der Praxis zur Anwendung kommen,
- patientenorientiert sein, d. h. überwiegend Informationen aus der subjektiven Sicht der Patientinnen liefern,
- verfahrens- und diagnoseübergreifend sein und
- die Erfassung individueller Therapieziele ermöglichen.
- Schließlich soll damit eine allgemeine Basisdokumentation für die ambulante Psychotherapie entwickelt werden.

Monitoring-Systeme und Datensicherheit

Monitoring-Systeme sollten für die Erfassung und Steuerung von Therapien sowohl Effekte wie auch Prozesse abbilden.

Monitoring-Systeme sollten für die Erfassung und Steuerung von Therapien sowohl Effekte wie auch Prozesse abbilden.

Inzwischen stehen unterschiedliche elektronische Systeme zur Verfügung, von denen einige kurz benannt sein sollen:

Das server-basierte System MyOutcomes® ermöglicht Echtzeit-Feedback über Behandlungsprozesse. Es benutzt als Fragebögen die Outcome Rating Scale (ORS) und die Session Rating Scale (SRS) mit Eingabeoptionen über PCs, Tablets oder Smartphones. Die Datenerhebung am Ende einer Therapiesitzung besteht dabei aus lediglich vier kurzen Fragen. Das System liefert einen einfachen Bericht über die Wertausprägung der Patientin. Es kann dargestellt werden, ob sich der Verlauf „on track“ bewegt oder nicht. Auch steht eine e-learning-Plattform zum Vorgehen des „Feedback-Informed Treatment“ (FIT) zur Verfügung (<https://www.myoutcomes.com>).

³ Vgl. Zwischenbericht. Verfügbar unter: https://www.g-ba.de/downloads/39-261-2438/2015-12-17_PT-RL_Abnahme-Konzeptskizze-QS-ambul-PT.pdf [15.10.2019].

Patientinnen	Therapeutinnen	Forschung
<ul style="list-style-type: none"> ■ Regelmäßige Beschäftigung mit den Themen und Zielen der Therapie, alltagsnah und außerhalb der Sitzungen, ■ Motivation durch zeitnahe Rückmeldung von Veränderungen, ■ Erkennen prozessualer Muster, die im aktuellen Erleben nicht auffallen würden, ■ expressives Schreiben elektronischer Tagebücher, ■ Unterstützung von Selbstregulation und Selbstmanagement, ■ Mentalisierung und Achtsamkeits-Fokussierung, ■ differentielle Wahrnehmung von Emotionen, Kognitionen und Verhalten, ■ Unterstützung der therapeutischen Kooperation und der Qualität der Therapiebeziehung, ■ Vermittlung von Sicherheit und Struktur durch regelmäßiges (z.B. tägliches) Ausfüllen, ■ Förderung der Emotionsregulation, ■ Ausdruck der Wertschätzung gegenüber den Patientinnen und deren Wahrnehmung, ■ Erleichterung des Transfers zwischen Therapie und Alltag/Lebenswelt. 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Informationssammlung und -aufbereitung für Fallkonzeptionen und funktionelle Bedingungsanalysen, ■ Stütze für die therapeutische Beziehung, ■ Ermittlung von Informationen und deren Vorstrukturierung für die feedback-basierten Therapiegespräche, ■ Früherkennung von therapeutischen Krisen oder Stagnationen, ■ Vermittlung von Sicherheit im Vorgehen, ■ Bereitstellung einer soliden Datenbasis für therapeutische Mikroentscheidungen (adaptive Indikation), ■ Vermittlung eines theoretischen Bezugs (Psychotherapie als Selbstorganisationsprozess), ■ Evaluation der Therapien, ■ Hinweise auf nichtlineare Eigenschaften (z.B. Ordnungsübergänge, kritische Instabilitäten) des Therapieprozesses, ■ Ermöglichung einer Individualisierung und Personalisierung des Vorgehens, ■ Datengenerierung und deren Visualisierung in Form von Graphiken für Berichte, Überweiser und Gutachter, ■ Förderung der Rolle von Therapeuten als „scientist practitioners“. 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Bereitstellung alltagsnaher und praxisnaher Daten über Prozess und Outcome, ■ Kombination aus quantitativen (Zeitreihen) und qualitativen Daten (elektronische Tagebücher), ■ hohe ökologische Validität und Praxisrelevanz, ■ perfektes Datenmaterial für Kasuistiken, ■ Zusammenführung von idiographischer und nomothetischer Forschung, ■ nimmt nichtlineare Prozessanalysen bereits im System vor (kein Datenexport notwendig), ■ Generierung von „big data“ durch flächendeckenden Einsatz.

Tabelle: Mehrwert und Nutzen von hochfrequentem Therapiefeedback

Der OQ® Analyst erlaubt Ergebnismessungen mit Hilfe von Tablets, Desktops, Laptops oder Smartphones mit verschiedenen Varianten des Outcome Questionnaire (OQ) für Erwachsene, Kinder und Gruppen. OQ-Fragebögen dienen dazu, Veränderungen während der Behandlung einer Patientin zu verfolgen und Algorithmen zur Erkennung von „off track“-Verläufen bereitzustellen (ein „track“ ist ein Standardverlauf bei einer diagnosebezogenen Vergleichspopulation). Angebote zum Umgang mit „off-track“-Verläufen (sog. Clinical Support Tools) sollen die Behandlungsplanung unterstützen (<https://www.oqmeasures.com/oq-analyst>)

STATUS (<https://stts.app>) ist eine Plattform, die es erlaubt, Fragebögen online zu erstellen und diese browsergestützt oder über eine App beantworten zu lassen. Die Daten können über Templates visualisiert werden. STATUS stellt mehrere Eingabemöglichkeiten zur Verfügung, z. B. die Beantwortung von Fragen mittels Audioaufzeichnung. Konditionale Fragen, die nur bei bestimmten Antworten auf andere Fragen vorgelegt werden, sind möglich. In einem aktuellen Projekt werden damit Prädiktoren von Therapieabbrüchen bei Borderline-Persönlichkeitsstörung gesucht.

PCOMS (Partners for Change Outcome Management System) ist über eine Web-Applikation mit der Bezeichnung „Better Outcomes Now“ (NOW) verfügbar (H. Duncan). PCOMS enthält zwei Rating Skalen mit je 4 Items: die Outcome Rating Scale zur Beurteilung therapeutischer Fortschritte und die Session Rating Scale zur Beurteilung der Therapiebeziehung. Die Funktionalitäten der NOW-Plattform sind auf der entsprechenden Internet-Seite einsehbar.

Das internet- und app-basierte Synergetische Navigationssystem (SNS®, www.ccsys.de) ist ein hochflexibles generisches System und erlaubt die Nutzung unterschiedlicher lizenzfreier Prozess- und Outcome-Fragebögen (derzeit sind ca. 80 solcher Fragebögen verfügbar) sowie die freie Wahl von Messfrequenzen (event- oder time-sampling). Die Nutzung elektronischer Tagebücher ist möglich. Über einen Fragebogeneditor können auch personalisierte Prozessfragebögen eingegeben und verwendet werden. Die App ermöglicht die Datenerfassung und das Versenden von Texten, Dokumenten (z. B. pdf-Dateien), Audio- oder Videoaufnahmen zu therapeutischen Zwecken. Eine detaillierte Analyse und Visualisierung der erhobenen Zeitreihendaten fokussiert auf die Darstellung dynamischer Muster und Musterübergänge sowie auf Frühindikatoren solcher Übergänge. Möglich ist auch die Analyse von Interaktionsmustern in Gruppen (Paare, Familien) sowie die Erstellung einer Gruppenstatistik von Outcome-Effekten.

Die Sicherheitsstandards beruhen in allen Systemen auf der Nutzung von https-Webseiten, was dem Standard des e-Banking entspricht. Wenn keine Patientendaten (Namen, Diagnosen, etc.) eingegeben werden, sondern nur anonymisierte User-Kürzel und Passwörter, lassen sich selbst im Falle eines „Datenklaus“ keine Rückschlüsse auf reale Patientinnen vornehmen.

Im Vergleich der Monitoring-Systeme wird deutlich, dass Prozesse nicht unabhängig von der theoretischen Perspektive auf das therapeutische Geschehen erfasst und verstanden werden können. Weiterhin wird deutlich, dass die Psycho-

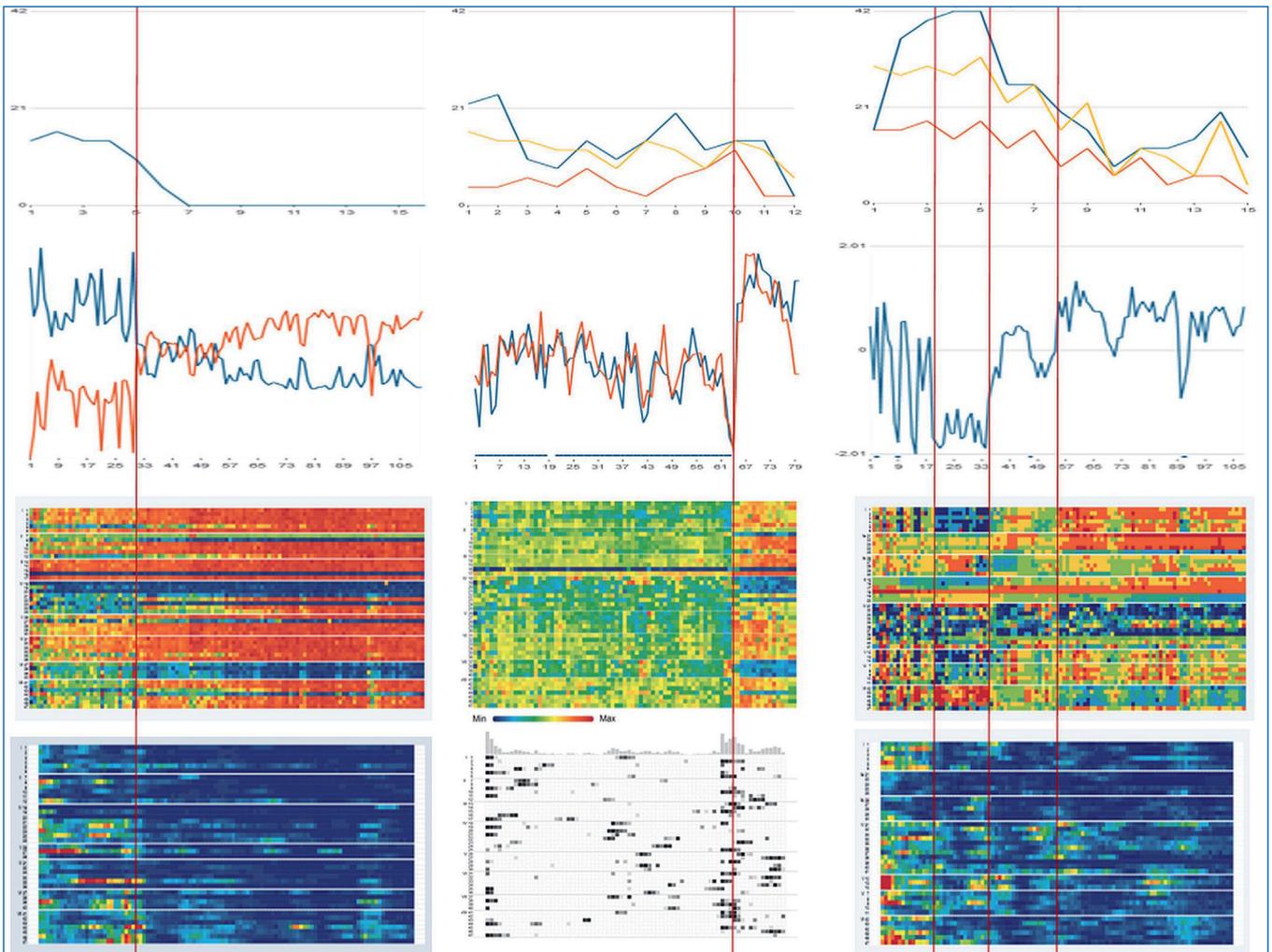


Abbildung: Prozessuale Muster psychotherapeutischer Veränderung, wie sie im Feedback erkennbar werden (Synergetisches Navigationssystem; Schiepek et al., 2018a). Vertikale Linien machen die Ordnungsübergänge im Prozess deutlich. Links: Patient mit Zwangsstörungen; Mitte: Patient mit chronifizierter Depression (vgl. Schiepek et al., 2018b); Rechts: Patientin mit Zwangsstörungen. (a) Wöchentliche Symptomeinschätzungen auf Basis des DASS-21 (Nilges & Essau, 2015). Links: Subskala Depression; Mitte und rechts: Subskalen Depression (blau), Stress (gelb) und Angst (rot). (b) Tägliche Selbsteinschätzungen auf Basis des Therapie-Prozessbogens Revised (TPB-R). Links: Symptom- und Problemintensität (blau) und Achtsamkeit/Körpererleben (rot); Mitte: Therapeutische Fortschritte/Zuversicht/Selbstwirksamkeit (blau) und Achtsamkeit/Körpererleben (rot); rechts: Therapeutische Fortschritte/Zuversicht/Selbstwirksamkeit (blau). (c) Rohdaten-Farbdigramme. Blautöne: niedrige Werte, Orange- und Rottöne: hohe Werte von 47 in Zeilen angeordneten Items des TPB-R. (d) Komplexitäts-Resonanz-Diagramme. Links und rechts: Farbdigramme (Blautöne: niedrige dynamische Komplexität, Orange- und Rottöne: hohe dynamische Komplexität) von 47 in Zeilen angeordneten Items des TPB-R. Mitte: Schwarz-Weiss Komplexitäts-Resonanz-Diagramm. Dunkelgraue und schwarze Pixel bedeuten hohe dynamische Komplexität.

therapie in Zeiten von Digitalisierung nicht mehr an einer Kooperation mit Technologieanbietern vorbeikommt, wobei die Vernetzung von Praxis, Forschung und Technologieentwicklung in vielen Gebieten der Wissenschaft (z. B. in Medizin und Biologie) seit Jahrzehnten zur Routine gehört. Die Psychotherapie zieht hier lediglich nach.

Trotz der im Moment boomenden Digitalisierung in der Psychotherapie sei angemerkt, dass es auch nicht-digitale Vorläufer von Monitoring-Systemen gegeben hat. Exemplarisch sei der Bielefelder Klienten-Erfahrungsbogen (BIKEB) nach Höger und Eckert (1997) genannt, der als eine Weiterentwicklung des Klientenerfahrungsbogens (entwickelt bereits 1970; s. Eckert et al., 1977; Höger, 1986) die Wirkung von Therapie-

stunden („post-session outcome“) auf das Erleben der Patientin erfasst. Gerade die Gesprächstherapie hat schon sehr früh theoretische und auch methodische Impulse zur Prozessfassung gegeben, die bis heute nicht an Bedeutung verloren haben. Neben technischen Innovationen im Bereich der Digitalisierung, welche eine Online-Erfassung und -Auswertung von Prozessen quasi auf Knopfdruck ermöglichen, sind allerdings auch konzeptionelle Entwicklungen dazu gekommen, die in den ersten Jahrzehnten der Prozessforschung bereits angelegt (insbesondere bei Carl Rogers), aber noch nicht verfügbar waren. Gemeint sind Methoden der nichtlinearen Zeitreihenanalyse und Modelle selbstorganisierter Musterübergänge, die heute das Verständnis von Veränderung prägen (Schiepek, 2017; Schiepek et al., 2017, 2018a).

Vielfältiger Mehrwert

Der Nutzen und Mehrwert für die Psychotherapie kann sowohl für Patientinnen wie für Therapeutinnen sehr vielfältig sein und bezieht sich auch auf die praxisnahe Forschung (s. Tab.). Die in der Tabelle aufgelisteten Punkte beruhen auf eigenen jahrelangen Erfahrungen in unterschiedlichen Einrichtungen und Settings, einer noch nicht publizierten Interviewstudie und auf der Literatur (z. B. *de Jong et al., im Review*), können aber noch nicht als empirisch gesichertes Wissen gelten. Ob sich Hinweise auf eine Verkürzung von Behandlungsdauern und auf eine Kostenreduktion (Delgadillo et al., 2017) als tragfähig erweisen, muss sich zeigen und hängt sicher auch von der Art der Anwendung ab.

Darstellung therapeutischer Prozesse

Ein besonderer Nutzen speziell des hochfrequenten Therapiemonitorings (tägliche Messungen) besteht darin, unmittelbare Einsicht in die nichtlinearen, dynamischen Eigenschaften therapeutischer Prozesse zu gewinnen. Die Prozessforschung der letzten Jahre hat umfassende Evidenz dafür geliefert, dass Psychotherapien nicht geradlinig, sondern sprunghaft verlaufen („sudden gains“, „sudden losses“), dass diese spontanen Musterwechsel Frühindikatoren haben (z. B. kritische Instabilitäten und erhöhte Synchronisation von Kognitionen und Emotionen), und dass Psychotherapien hochkomplexe und unvorhersehbare Dynamiken aufweisen. Vor diesem Hintergrund mag die Annahme, Psychotherapien würden bestimmten Standardverläufen („standard tracks“)

— Nach Entwicklungen bezogen auf Verfahren und Störungsbilder folgt ein dritter Evolutionsschub der Profession: die individualisierte Therapie abseits eines standardisierten Vorgehens. —

folgen, sehr fragwürdig erscheinen (vgl. Schiepek et al., im Review). Wären Therapieverläufe vorhersehbar wie ein Uhrwerk, wäre jedes Prozessfeedback überflüssig. Am besten scheinen dies Theorien von Chaos und Selbstorganisation verstehbar zu machen und zu erklären (*Haken & Schiepek, 2010; Schiepek et al., 2017*).

Im Fall eines depressiven Patienten (ausführliche Falldarstellung in *Schiepek et al., 2018a*) war eine transiente Verschlechterung der Frühindikator einer sprunghaften Verbesserung (s. Abb. Mitte). Diese ließ lange auf sich warten, da depressive Grübeln und selbstentwertende Verarbeitungsmuster das Bild während fast der gesamten Dauer des Klinikaufenthalts prägten. Mit Hilfe der Tagebucheintragungen und der Zeitreihendaten war es möglich, die depressionsrelevanten Trigger, Verarbeitungsmuster und Selbstbeurteilungen in den regelmäßigen feedbackgestützten Therapiesitzungen zu besprechen und auch die Grübelinhalte zu identifizieren. Die

Wiederkehr der Inhalte lösten bei dem Patienten sowohl einen „konstruktiven Selbstärger“ als auch ein Verständnis für seine Verarbeitungsmuster aus, was schließlich dazu führte, dass er seine Verarbeitungsmuster aufgab.

Therapiemonitoring unterstützt Bemühungen um Individualisierung und Personalisierung von Psychotherapie, da individuelle Verläufe minutiös abgebildet werden. Neben standardisierten können auch individualisierte Prozessfragebögen genutzt werden, welche direkt aus detaillierten Fallkonzeptionen heraus entwickelt und von einem Fragebogeneditor in das Monitoringsystem eingespeist werden. Personalisierte Therapie bietet eine Chance für Patientinnen, die von Standardverfahren nicht hinreichend profitieren und gilt als dritter Evolutionsschub der Profession – nach schulenspezifischen und störungsbildspezifischen Entwicklungen. Zudem ist Personalisierung eine konsequente Antwort auf die begrenzte Vorhersehbarkeit („deterministisches Chaos“), Komplexität, Eigendynamik und Individualität menschlicher Veränderungsprozesse (*Schiepek et al., 2018 a, b*) (s. Abb.).

Vorbehalte

Trotz der erkennbaren Vorteile bleiben viele Psychotherapeuten skeptisch, u. a. weil sie sich kontrolliert und bewertet fühlen (Ionita et al., 2016), Usability, Stabilität und technische Einfachheit nicht immer gewährleistet sind, naturwissenschaftlich-technische Methoden mit Argwohn betrachtet werden oder der unmittelbare Nutzen noch nicht evident genug erscheint. Argumente wie zeitlicher oder finanzieller Mehraufwand lassen sich leicht entkräften. Zu Beginn gibt es, wie bei der Einführung anderer Therapietechniken auch, einen Mehraufwand, der sich nach kurzer Zeit in der Routineanwendung klar reduziert. Feedbacktechnologien müssen sich in bestehende Arbeitsroutinen einfügen (Boyce et al., 2014), was eine adäquate technische Infrastruktur erfordert. Mit heutigen Möglichkeiten von Apps, Smartphones und Tablets stellen sich aber keine prinzipiellen Probleme mehr. Darüber hinaus erfordert die Implementierung eines Monitoring-Systems Training und Support (Callaly et al., 2006). Selbst wenn diese Herausforderungen bewältigt werden, sind immer noch Unterschiede zwischen Psychotherapeutinnen in der Akzeptanz von Real-Time-Monitoring-Systemen festzustellen (*Lucock et al., 2015*).

Ein häufig zu hörender Einwand richtet sich auf mögliche negative Effekte der Nutzung computerbasierter Technologien auf die therapeutische Beziehung. Befürchtet wird z. B. eine Entfremdung durch zwischen Psychotherapeutin und Patientin stehende technische Medien oder eine kontrollierende Einschränkung der Psychotherapeutin durch die Überwachung des Therapieprozesses. In der Praxis lassen sich solche Befürchtungen nicht bestätigen und sie lösen sich bei mit Feed-

back arbeitenden Kolleginnen schnell auf. Sowohl praktische Erfahrungen wie auch eine randomisiert-kontrollierte Studie (McClintock et al., 2017) sprechen für eine *Verbesserung* der therapeutischen Beziehung und der von der Patientin erlebten Empathie durch die Nutzung von Therapiefeedback (vgl. de Jong et al., im Review). Psychotherapeutin und Patientin berichteten in einer qualitativen Studie zu Erfahrungen mit Feedback-Systemen über eine Verbesserung der Zusammenarbeit sowie die Unterstützung offener Kommunikation und interpersoneller Prozesse (Moltu et al., 2018), was auch unseren eigenen, noch nicht publizierten Befunden entspricht. Prozessfeedback erleichtert die Fokussierung auf relevante Themen, indem ein „roter Faden“ durch den Prozess generiert wird, liefert einen ergänzenden Blick (elektronische Tagebucheinträge und tägliche Selbst-Ratings liefern oft eine andere Perspektive als die Face-to-Face-Kommunikation in Sitzungen) und bieten einen Kommunikationsanlass, nicht zuletzt auch für kritische Themen (Carlier et al., 2012; Unsworth et al., 2012). Patientinnen fühlen sich auch im Alltag wahrgenommen und begleitet. Apps und Internet-Feedback wirken hier wie „Übergangsobjekte“.

Über die angesprochenen Effekte hinaus eröffnen sich mit dem digitalisierten Therapiefeedback auch gesundheitspolitische Dimensionen. Das Gutachtersystem zur Genehmigung von Psychotherapien könnte ergänzt oder ersetzt werden durch den Rückgriff auf reale Verlaufsdaten und Evaluationen, aus erster Hand der Patientinnen. Ein flächendeckender Einsatz könnte auch zeitnahe Einschätzungen möglich machen, welche Therapien bei welchen Patientinnen wie wirken, was zu entsprechenden Optimierungen Anlass geben könnte. Schließlich könnten Feedback-Systeme aufgrund der Tatsache, dass Messung immer auch Selbstreflexion und autokatalytische Effekte beinhaltet, kontinuierliche Interventionen darstellen und in Zeiten von Personalknappheit in Kliniken auch therapeutische Funktionen erfüllen.

Mit Spannung können weitere Entwicklungen erwartet werden, wie

- die Kombination von internet- oder app-basierten Psychotherapien mit Face-to-Face-Therapien,
- feedback-basierte Supervision und Intervision (Rousmaniere, 2014; Rubel et al., 2017; Swift et al., 2015; Fachgruppe Therapiefeedback und Evaluation der Deutschen Gesellschaft für Systemische Therapie und Familientherapie),
- die Integration von Prozessdaten in Computermodelle von Psychotherapie (Schiepek et al., 2017; Schöllner et al., 2018), was Optionen für KI-unterstützte Therapieplanung eröffnet, und vor allem

- die notwendige Kompetenzentwicklung in der Therapieausbildung.

Die Nutzung von Feedbacksystemen sollte in Zukunft in die Therapieausbildung integriert werden (Lutz & Rubel, 2015), wobei das „Wie“ von entsprechenden Aus- und Weiterbildungen sehr vom „Wie“ des Prozessfeedbacks selbst abhängen wird. Der entscheidende Unterschied für Praxis, Technologie und Aus-/Weiterbildung liegt im Verständnis der Wirkmechanismen: Sind Psychotherapieprozesse linear und abhängig von Interventionen oder resultieren sie aus der Förderung selbstorganisierender, nichtlinearer Dynamiken des komplexen bio-psycho-sozialen Systems einer Patientin?

Interessenskonflikt

Das SNS wurde am Center for Complex Systems entwickelt, dessen Geschäftsführer Günter Schiepek ist.

Literatur

Hinweis: Wir veröffentlichen an dieser Stelle nur eine Auswahl der wichtigsten Quellen. Das vollständige Literaturverzeichnis für diesen Artikel finden Sie auf unserer Homepage unter www.psychotherapeutenjournal.de.

- de Jong, K., van Sluis, P., Nugter, M. A., Heiser, W. J. & Spinhoven, P. (2012). Understanding the differential impact of outcome monitoring: Therapist variables that moderate feedback effects in a randomized clinical trial. *Psychotherapy Research*, 22, 464–474.
- de Jong, K., Barkham, M., Wolpert, M., Douglas, S., Delgadillo, J., Aas, B. et al. (im Review). The impact of progress feedback on outcomes of psychological interventions: Conceptual issues and empirical evidence. *Lancet Psychiatry*.
- Haken, H. & Schiepek, G. (2006). Synergetik in der Psychologie. Selbstorganisation verstehen und gestalten. Göttingen: Hogrefe.
- Lambert, M. J. (2017). Maximizing psychotherapy outcome beyond evidence-based medicine. *Psychotherapy & Psychosomatics*, 86, 80–89.
- Lucock, M., Halstead, J., Leach, C., Barkham, M., Tucker, S., Randal, C. et al. (2015). A mixed-method investigation of patient monitoring and enhanced feedback in routine practice: Barriers and facilitators. *Psychotherapy Research*, 25, 633–646.
- Schiepek, G., Aichhorn, W., Gruber, M., Strunk, G., Bachler, E. & Aas, B. (2016). Real-time monitoring of psychotherapeutic processes: Concept and compliance. *Frontiers in Psychology for Clinical Settings*, 7, 604.
- Schiepek, G., Aichhorn, W. & Schöllner, H. (2018a). Monitoring change dynamics – a nonlinear approach to psychotherapy feedback. *Chaos & Complexity Letters*, 11 (3), 355–375.
- Schiepek, G., Aichhorn, W., Schöllner, H. & Kronberger, H. (2018b). Prozessfeedback in der Psychotherapie. *Methodik, Visualisierung und Fallbeispiel*. *Psychotherapeut*, 63 (4), 306–314.
- Schiepek, G., Stöger-Schmidinger, B., Kronberger, H., Aichhorn, W., Kratzer, L., Heinz, P. et al. (2019). The Therapy Process Questionnaire. Factor analysis and psychometric properties of a multidimensional self-rating scale for high-frequency monitoring of psychotherapeutic processes. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 26, 586–602.
- Wampold, B. (2015). Routine outcome monitoring: Coming of age with the usual developmental challenges. *Psychotherapy*, 52, 458–462.



Prof. Dr. Dr. Günter Schiepek

Korrespondenzadresse:
Paracelsus Medizinische Privatuniversität
Salzburg
Universitätsklinik für Psychiatrie und
Psychotherapie
Ignaz-Harrer-Str. 79, 5020 Salzburg
Österreich, guenter.schiepek@ccsys.de

Prof. Dr. Dr. Günter Schiepek leitet das Institut für Synergie-
genetik und Psychotherapieforschung an der Paracelsus Medizinischen Privatuniversität Salzburg und lehrt zudem im Bereich Psychologie der Ludwig-Maximilians-Universität München. Er ist Lehrtherapeut für Systemische Therapie (DGSF) und Senatsmitglied der Europäischen Akademie der Wissenschaften und Künste. Er forscht in den Bereichen Prozess-
Outcome, Neurodynamik und Monitoring/Feedback von Psychotherapie.



Dr. Leonhard Kratzer

Dr. rer. biol. hum. Leonhard Kratzer ist Psychologischer Psychotherapeut, Traumatherapeut (DeGPT), EMDR-Therapeut (EMDRIA) und Leitender Psychologe der Klinik für Psycho-traumatologie der Klinik St. Irmingard in Prien am Chiemsee. Er forscht zu komplexen Traumafolgestörungen sowie Real-Time-Monitoring und -Feedback.



Yvonne Hülsner

Dipl.-Psych. Yvonne Hülsner ist Psychologische Psychotherapeutin in eigener Praxis. Ihr Tätigkeitsschwerpunkt liegt in der Integrativen Kognitiven Verhaltenstherapie. Außerdem ist sie Lehrtherapeutin am Zentrum für Ausbildung Psychotherapie Bielefeld.



Dr. Dr. Egon Bachler

Dr. Dr. Dipl.-Psych. Egon Bachler ist als Psychotherapeut (Psychoanalyse) in eigener Praxis tätig. Er forscht an der Paracelsus Medizinischen Privatuniversität Salzburg zum Thema Multiproblemfamilien, mit einem Schwerpunkt im Bereich Treatment Aptitude: was wirkt für wen unter welchen Bedingungen?