

"Da halte ich mich lieber raus" - oder Psychodiagnostik als Berufsaufgabe

Lorenz, Alfred L.

Veröffentlichungsversion / Published Version

Zeitschriftenartikel / journal article

Empfohlene Zitierung / Suggested Citation:

Lorenz, A. L. (1990). "Da halte ich mich lieber raus" - oder Psychodiagnostik als Berufsaufgabe. *Psychologie und Gesellschaftskritik*, 14(2/3), 135-151. <https://nbn-resolving.org/urn:nbn:de:0168-ssoar-266140>

Nutzungsbedingungen:

Dieser Text wird unter einer CC BY-NC-ND Lizenz (Namensnennung-Nicht-kommerziell-Keine Bearbeitung) zur Verfügung gestellt. Nähere Auskünfte zu den CC-Lizenzen finden Sie hier:

<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/deed.de>

Terms of use:

This document is made available under a CC BY-NC-ND Licence (Attribution-Non Commercial-NoDerivatives). For more information see:

<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0>

"DA HALTE ICH MICH LIEBER RAUS"- ODER PSYCHO- DIAGNOSTIK ALS BERUFSAUFGABE

Alfred L. Lorenz

Überlegungen zur Praxis des psychologischen Diagnostizierens.

"Nun machen Sie mit dem Kind mal den HAWIK" ^{xx)} (Mein Klinikchef am ersten Tag meiner Berufstätigkeit).

"Da halte ich mich lieber raus." (Der 8-jährige Olaf auf die HAWIK-Frage, was er tun würde, wenn er sehe, daß ein Zug sich einer aufgerissenen Schiene näherte).

1. Diagnostizieren oder Deuten?

Was der kleine Olaf aus seiner Lebenserfahrung schlau, wenn auch ohne Punktgewinn, mir im HAWIK zur Antwort gab, das scheint für manche PsychologInnen zum beruflichen Vorhaben in Sachen "Psychodiagnostik" geworden zu sein: sich Raushalten.

Sich Raushalten ist eine defensive Vorgehensweise. Insbesondere in der Generation der kritischen Psychologen, für die in den 70er Jahren gerade die Psychotesterei im Zentrum der Kritik stand¹⁾, ist sie verständlich.

In der beruflichen Praxis aber ist die Haltung wenig erfolgreich. Jede Institution, die PsychologInnen beschäftigt, erwartet in der Regel ganz einfach psychodiagnostische Tätigkeit. Selbst dann, wenn PsychologInnen relativ selbstbestimmt tätig sind, werden sie immer wieder mit der Aufforderung konfrontiert,

x) Das Wort "Berufsaufgabe" ist doppeldeutig. Dies ist auch so gemeint.

xx) Hamburg Wechsler Intelligenztest für Kinder.

1) "Psychologie in praxi ist wesentlich Dienstleistungsgewerbe zum Nutzen derer, die an einer Optimalisierung und Reproduktion menschlicher Arbeitskraft unter Ausschluß systemverändernder Alternativen sich interessiert zeigen." (BRÖCKNER & KROVOZA 1972, S. 81). Vor dem Hintergrund einer solchen Einschätzung gab es damals viele Beiträge zum Problem der Testpsychologie. Als Beispiele seien genannt: PROBST 1973; ZIMMERMANN, KORNMANN & LORENZ 1976,2; PSYCHOLOGIE 1974, S. 113-127, schließlich zusammenfassend: GRUBITZSCH & REXILIUS 1978.

Gutachten zu erstellen, Befundberichte abzugeben. Stellungnahmen auszuarbeiten. Erwartet wird dabei nicht das freie Erwägen menschlicher Möglichkeiten, sondern die Anwendung der im Studium erworbenen spezifisch psychologischen Qualifikationen.

Die Verweigerungshaltung gründet nicht selten im gedachten Primat der Therapie. Der Umstand, daß die Therapeuten-Rolle Ziel beruflicher Bestrebungen vieler PsychologInnen auch in Institutionen geworden ist, hat auf der einen Seite einen verborgenen politischen Hintergrund in der Frage der gesellschaftsverändernden Einflußnahme (LORENZ, 1988, S. 128f). Zum anderen ist hier auch ein Ergebnis unsicherer Berufsperspektive seit dem Ende der 70er Jahre zu erkennen: für die Erlangung eines Arbeitsplatzes oder für die Eröffnung einer freien Praxis scheint es nahezu unerläßlich, das Zertifikat einer Therapieausbildung neben das Psychologie-Diplom zu legen.

In dem Primat der Therapie liegt aber für die psychologische Diagnostik ein schwerwiegendes Problem begraben:

Ipsative Diagnostikkonzepte²⁾ treten an die Stelle der Testpsychologie. Was in einer Therapieausbildung gelernt wurde, um mit dem vertrackten Problem der Therapieindikation und der Festlegung der Therapieziele (DREIER 1988) klar zu kommen, wird einfach als Psychodiagnostik genommen. Diese Herangehensweise ist unabhängig von den einzelnen Therapiekonzepten und -schulen verbreitet. Besonders beliebt, speziell in Institutionen, in denen auch ärztliche KollegInnen tätig sind, ist das analytische Deuten. Zunehmend an Boden gewinnt systemisches und familientherapeutisches "Diagnostizieren". Diese Vorgehensweise ist ansteckend. Sie ist umso infektiöser, je stärker die Konkurrenz zwischen den TherapeutInnen ist.

Die Reduzierung der Psychodiagnostik auf das Deuten oder auf das Analysieren in systemischen Kategorien birgt nicht nur die Gefahr der ipsativen Theoriebildung, die zu einer unkontrollierbaren Aussagemacht des "Diagnostikers" führen kann, sie hebt zugleich die spezifische Berufstätigkeit von PsychologInnen praktisch auf: Therapieausbildung ist auf der Grundlage auch anderer als psychologischer Ausbildungen möglich (Medizin, Pädagogik, Sozialpädagogik usw.).

2) Gemeint sind Konzepte, die sich in ihrem theoretischen Gehalt überwiegend auf die (meist in therapeutischer Arbeit gewonnene) Erfahrung, das selbst Erdachte und Überlegte stützen.

Hinzu kommt, daß damit die mögliche Vielfalt psychodiagnostischer Aussagen auf diejenigen Aussagen zurückgeschraubt wird, die im Konzept der jeweiligen Therapie vorkommen.

2. Psychodiagnostik ist beruflicher Alltag

In manchen Institutionen ist die Anforderung, Psychodiagnostik zu machen, vorgegeben, sie findet sich in Ausschreibungen, Stellenbeschreibungen, Geschäftsverteilungsplänen. In Rehabilitationszentren etwa oder in bestimmten Fragen beim Arbeitsamt läuft ohne eine gutachterliche Stellungnahme der PsychologInnen nichts. Auch in psychiatrischen Kliniken wird nicht selten von den PsychologInnen Psychodiagnostik erwartet. Zumeist "Arbeitgebervorgaben", denen sich PsychologInnen nicht entziehen können, wollen sie ihren Arbeitsvertrag nicht aufs Spiel setzen. Institutioneller Zwang also.

Meine beruflichen Erfahrungen liegen schwerpunktmäßig im Bereich der Kinder- und Jugendpsychiatrie.

So, wie die körperliche und neurologische Untersuchung Standardaufgabe der ÄrztInnen ist, wird die Psychodiagnostik von den PsychologInnen erwartet. Ein psychologischer Befundbericht findet sich neben dem medizinischen Status in jeder Krankengeschichte. Davon geht nicht nur der Chef aus, auch die übrigen Beschäftigten halten es für üblich, daß ein neu aufgenommenes Kind "noch zum Psychologen" muß. Daran ändern auch ihre Vorab-Diagnosen nichts..

ÄrztInnen und die nicht psychologisch ausgebildeten PsychotherapeutInnen, auch gelegentlich Sozialpädagogen oder BeschäftigungstherapeutInnen, 'formulieren' sie. Die "Therapeuten" (gemeint sind in der Regel die AkademikerInnen) lassen die Kinder "einen Menschen", "Bäume" zeichnen, bitten um das Aufmalen der "Familie in Tieren", veranlassen die Kinder dazu, mit den Sceno-Kasten Szenen zu inszenieren - und dann deuten sie. Dieses Deuten wird untereinander gelernt, in Fallbesprechungen, es ist erfahrungsabhängig, hat intuitiven Charakter.

So vage der Prozeß der Urteilsbildung ist, so endgültig und festschreibend sind die daraus hervorgehenden diagnostischen Urteile selbst. Ein Mensch ist "schizophren", ein Kind "Enkopretiker", ein Jugendlicher "manisch", ein anderer

hat eine "neurotische Depression". Die Klinik "braucht", schafft sich diese Festschreibungen. Diesen Festschreibungen - "Diagnosen" - fühlen sich MitarbeiterInnen der Klinik verpflichtet.

Psychodiagnostik mit Hilfe normierter Testverfahren ist aber immer etwas anderes als das Diagnostizieren mit dem "klinischen Blick" und/oder der therapie-induzierten Sichtweise.

Gerade weil das Setting "Klinik" hierarchisch strukturiert ist, könnten psychologische normierte Testverfahren geradezu verhindern, was in der Institution als Gefahr angelegt ist: der Willkür des/der Experten/in ausgeliefert zu sein.

Dieses unter dem Stichwort "Etikettierung" diskutierte Problem verweist darauf, daß das medizinische Modell eine soziale Funktion erfüllt, indem "eine Form sozialer Kontrolle ausgeübt wird, die als solche nicht mehr erkennbar ist." (KEUPP 1974, S. 131).

"Diese soziale Kontrolle erfolgt über eine fast vollständige soziale Isolierung in einer 'totalen Institution' (Goffmann), wobei der Patient einen Instanzweg durchmacht, bei dem jeder Repräsentant des medizinischen Systems dem Patienten unmittelbar freundlich gegenübertritt, obwohl er für die zunehmende Isolierung des Patienten sorgt - nach GOFFMANN (1972) ein 'Trichter zunehmenden Verrats'", (BASTINE 1984, S. 51).

Ist der mit normierten Testverfahren antretende Psychologe ein systemsprengendes Element in der "totalen Institution"? Also ein Plädoyer für die Anwendung klassischer Testverfahren durch ausgebildete Psychologen?

Ja, denn dem unzulänglichen Deuten durch medizinisches Personal gilt es den reflektierten Umgang mit Tests als Mittel psychologischer Annäherung gegenüberzustellen. Immerhin stellen diese Tests verschiedene standardisierte, oft phantasievolle Pools von Aufgaben, Fragen, Problemen dar, deren Vielfalt auch ein "Abbild" gesellschaftlicher Anforderungen an Menschen darstellt.

Nein, denn ihre Anwendung kann nicht in der Absicht geschehen, Abweichungen von der Norm, Defizite also festzustellen. Die Fragestellung kann aber anders sein als die nach dem Unnormalen. Es wäre zu erkunden, wie jemand eine Aufgabe löst, warum sie nicht lösbar scheint usw.

Das Vorgehen mit normierten psychologischen Tests hat den entscheidenden Vor-
daß Wege und Ergebnisse des Diagnostizierens nachprüfbar sind. Das gilt auch
für die Testverfahren selbst, deren Intention (etwa der Feststellung der Norm-
abweichung) ebenfalls leicht offengelegt werden kann.

3. Der Test ist das Gegenteil vom wirklichen Leben

Gewiß: Die Testsituation ist eine dem wirklichen Leben fremde Art des Umgehens
von Menschen miteinander. Wenn der Test auch, wie oben erwähnt, im schulischen
und außerschulischen (z. B. Führerscheinprüfung) Alltag eine eingeübte Art des
Abfragens gelernter Wissens ist, so gilt doch: die typische Situation des Psy-
chodiagnostizierens ist in all ihren Aspekten derart, daß sie eine Beobachtung
der getesteten Person in ihrem Alltagsleben ausschließt.

Bezieht man in diese Unnatürlichkeit der Situation, in das meist "überfallarti-
ge" Konfrontieren mit für den getesteten Menschen kaum einzuordnende Problem-
stellungen, die Fragen nach Auftraggeber und Auftrag mit ein, stößt man schnell
auf einen richtigen Forschungszweig, der sich mit der sozialpsychologischen
Theorie des Tests befaßt. Praktisch kommt bei aller Fülle der Aufbröseli der
Situation in Aspekte der beiden agierenden Personen und Aspekte der Kommunika-
tion usw. wenig heraus.³⁾ Die Untersuchungssituation bleibt geprägt vom wesent-
lichen Setting: eine/r soll, weil beruflich verpflichtet. Die/der anderer soll,
weil die/der erste das so will, eben weil sie/er aus beruflichen Gründen soll.
Und für beide ist in der Regel durch andere bestimmt, daß man zusammensitzt
zum Zwecke der Psychodiagnostik.

Es mag in Anbetracht des erheblichen Forschungseifers früherer Zeiten in dieser
Frage banal erscheinen, aber festzustellen ist: Der "Zweck der Veranstaltung
'Psychodiagnostik' - nämlich über bestimmte einzelne Personen Urteile abzuge-
ben - als berufliche Praxis" (LORENZ 1974, S. 96) bedarf wohl der Kontrolle
der Beteiligten, muß reflektiert werden, ständig und in jedem Fall, aber er
ist unabhängig von den Wünschen der Beteiligten vorgegeben.

³⁾ Mit zunehmender praktischer Verbreitung des Psychodiagnostizierens Anfang der
70er Jahre entstand eine sozialpsychologische Erforschung der Testsituation.
Zusammengefaßt wurde der Stand der Forschung etwa bei HARTMANN (1972). Die
Praxis des Psychodiagnostizierens konnte diese Forschung nur wenig aufhellen
(LORENZ 1974, S. 94-101).

3.1 Chancen stationärer Diagnostik

Das Überfallartige⁴⁾ des Testens mit all den unangenehmen Begleiterscheinungen bei den Beteiligten (Ungeduld des Untersuchers, Angst und Verwirrung des Untersuchten usw. usf. Wer einmal mit kritischer Selbstreflektion einen Test durchgeführt hat und auf den damit verbundenen Genuß von Macht verzichtet hat, kennt die zwischenmenschlichen Probleme), läßt sich nach meinen Erfahrungen im stationären Bereich mildern.

Die psychodiagnostische Untersuchung im ambulanten Zusammentreffen steht immer unter Zeitdruck. Wegen des Aufwands (gute Sachen anziehen, Anfahrt, Sich-darauf-Einstellen usw.) und der mitgedachten Kosten gibt es zudem einen Erfolgsdruck. Nichts entstellt mögliche Ergebnisse mehr als ungeklärte Erwartungen. Nichts behindert Menschen in der Entfaltung ihrer Persönlichkeit und ihrer Fähigkeiten mehr als Angst.

Daher sind durch den Augenblick bedingte Entstellungen zwingend das Resultat ambulanter Psychodiagnostik.

Sind die Kinder- und Jugendlichen, wie ich es in meiner Praxis im Krankenhaus überwiegend erlebt habe, zur stationären Behandlung aufgenommen, ergeben sich ganz andere Möglichkeiten.

Ich kann, wenn ich als Psychologe zugleich für die Therapie der/des PatientIn verantwortlich bin, Schritt für Schritt vorgehen. Augenblicke, in denen ein Test durchgeführt wird, kann ich selbst bestimmen. Gute Stimmungen kann ich nutzen, Situationen schlechten Einvernehmens zwischen mir und der/m PatientIn kann ich verstreichen lassen, ohne Teilnahme an psychodiagnostischer "Sitzung" zu erzwingen. Ich kann für die Diagnostik einen Terminfahrplan machen und diesen mit dem übrigen Team der Station ebenso abstimmen wie den Behandlungsplan. Ich kann mit kurzen "Sitzungen" arbeiten, kann nach 10 Minuten des Erfolgs aufhören, wenn mir an der Diagnose des Versagens nichts liegt (was etwa bei der Durchführung von persönlichkeitsbezogenen Verfahren immer der Fall ist). Wir

4) Man mag das im Augenblick derzeitiger weltpolitischer Veränderungen vielleicht kaum wahrnehmen, aber 1936 verwarf das ZK der KPdSU im "Dekret gegen die Pädalogie" ausdrücklich die Testpsychologie, weil sie die individuellen Eigenarten nicht berücksichtigt, die bisherigen Erfahrungen eines Menschen mißachtet, mit künstlich zurechtgelegten Fragen die Menschen ertappen, reinlegen will, und weil die Umstände des Testens unnatürlich sind.

beide, der zu psychodiagnostizierende Mensch und ich, können die Situation gemeinsam entwickeln. Fremdbestimmte Elemente gibt es ohnehin durch das formale Vorgehen mit Testverfahren genug.

Ähnlich kann ich natürlich bei stationärer Behandlung auch dann vorgehen, wenn ein/e andere/r KollegIn für den Gang der Behandlung zuständig ist. Da muß ich bei der Termingestaltung mehr Rücksicht nehmen. Immer aber kann ich darauf achten, daß ich mit meiner Untersuchung nicht aus dem aktuellen Lebensrahmen der PatientInnen herausfalle. Gut, der aktuelle Lebensrahmen ist dann zwar die Klinik.

Diese Überlegungen zur Psychodiagnostik sind nicht der Ort, Vorurteile gegenüber stationärer Behandlung in der Kinder- und Jugendpsychiatrie abzubauen. Als Anstoß zum Nachdenken darüber, ob die Alternative beratenden und therapeutischen Herumreichens der Patienten/Klienten in der "Psychoszene" auch belastend sein kann, könnten ja von meinen Überlegungen zum eindeutigen Vorteil des Psychodiagnostizierens im stationären Rahmen dienen.

3.2 Psychodiagnostik als Test von Hypothesen

Ein Gegenstand der Sozialpsychologie des Testens soll angesprochen werden: die Bedeutung der Fragestellung.

Je genauer die Fragestellung vorgegeben ist, desto bestimmter ist die Diagnose, dennoch: Die Forderung nach einer genauen Fragestellung ist immer dann wichtig, wenn PsychologInnen ausschließlich als Diagnostiker bzw. Gutachter angesprochen sind. Wenn ich z. B. keine Zeit habe, dennoch eine Konsiliaruntersuchung machen soll, dann verlange ich eine konkrete Fragestellung, und sei sie so platt wie "Intellektuelle Leistungsfähigkeit".

Tatsächlich aber gibt die mitgebrachte Lebensproblematik die Fragestellung wieder. Nicht der Einweisungsgrund, auch nicht die Aufnahmediagnose samt fraglicher Differentialdiagnose bestimmen, wonach in der psychodiagnostischen Untersuchung gesucht wird. Nicht selten ergeben sich die Fragen erst aus den Antworten. Im Rahmen der stationären Behandlung in der Kinder- und Jugendpsychiatrie ergab sich immer die Möglichkeit, in der Diagnostik hypothesentestend vorzugehen.

Es gibt das tägliche Teamgespräch, dadurch besteht eine ständige Rückkopplung von Erkenntnissen und Erfahrungen im Umgang mit den PatientInnen (vgl. auch BRUDER-BEZZEL 1979). Auch Ergebnisse von Testuntersuchungen lassen sich an den Erfahrungen der KollegInnen aller Berufsgruppen überprüfen, neue Fragestellungen entwickeln. LehrerInnen, BeschäftigungstherapeutInnen, KrankengymnastInnen, PädagogInnen und nicht zuletzt das Pflegepersonal - alle diese Menschen sind mit ihrer Lebenserfahrung und mit ihrer beruflichen Kompetenz ein unersetzbares Korrektiv beim diagnostischen Vorgehen.

Es bedarf einer Beratung, wenn ich aufgrund meiner Testuntersuchung von einer nicht beeinträchtigten intellektuellen Leistungsfähigkeit ausgehe, die LehrerIn in der Schule mir aber schulisches Unvermögen beschreibt. Es kann nicht einfach im Raume stehen bleiben, wenn ich im persönlichkeitspsychologischen Test entdecke, daß ich es mit einem empfindsamen und kommunikativen Menschen zu tun habe, und die Nachtwache berichtet uns über böse Handlungen dieses Menschen gegenüber MitpatientInnen und verstocktes Verhalten bei Ansprache.

Widersprüche dieser Art sind außerordentlich nützlich. In der Regel führen sie dazu, durch Austausch von Erfahrungen und Kenntnissen zu neuen Erfahrungen und Erkenntnissen zu kommen. Nicht selten stelle ich bei Widersprüchen zunächst einmal das Ergebnis des psychologischen Tests in Frage. Als einzelner "Tatbestand" ist das Testergebnis, z. B. die Angabe eines IQ, am wenigstens haltbar.

Diese Vorgehensweise ist insbesondere beim Aufspüren von Defiziten im kognitiven Bereich geeignet und mit keinem noch so komplexen Testverfahren abzudecken.

3.3. Die bessere Alternative zum Testergebnis: die begründete Beurteilung aufgrund von Beobachtungen.

Das ist nun ein bekanntes Phänomen der Testtheorie: das Testergebnis wird umso aussagefähiger, je konkreter der Aspekt ist, der getestet wird, und um so größer die Anzahl der Testaufgaben ist (LIENERT 1967, S. 296). Diese vertrackte Logik, die auch die Logik des psychologischen Experiments ist (DICK 1972), führt letztlich zur Schlußfolgerung:

Je näher ich mit meiner Testaufgabe an das wirkliche Leben der getesteten Person herankomme, und je umfassender ich weitere Aspekte der getesteten Person (sozioökonomische oder familiäre Daten, Kenntnisse über Alltag und Beruf) einbeziehe, umso personorientierter und konkreter wird meine psychodiagnostische Aussage. Was heißt diese Feststellung aber anderes als dies: je genauer ich den Menschen kenne, je mehr ich von ihm weiß, desto besser kann ich ihn beurteilen. Das, was als "Ökonomie des Testens" (nur als Beispiel: LIENERT 1967, S. 19) gepriesen wird, entpuppt sich als Apologie der Lebensferne.

Die über längere Zeit laufende, durch offene Kommunikation ständig kontrollierte Beobachtung, die entsprechend begründete Beurteilung, die sich auf Arbeits- und Lebenszusammenhänge stützt, ist allemal nützlicher als jedes Testergebnis.

Völlig zu Recht müssen etwa Schuleignungstests zugunsten der Beschulung und kollegialen Überprüfung (am besten unter Einbeziehung der Eltern) der Teilnahme am Schulunterricht wegfallen. Im Bereich der Sonderschulpädagogik gibt es ein entsprechendes Vorgehen (KORNMANN 1977; verschiedene Beiträge in PROBST 1979).

4. Die Ideologie der Quantifizierung als Naturereignis

4.1. Die Normalverteilung verteilt die Unnormalen an den Rand

"Für uns erscheint es heute als ein relativ triviales Ergebnis, daß GALTON körperliche und auch seelische Merkmale so 'vermessen' konnte, daß sie dem Gesetz der Gaußschen Normalverteilung folgten." (WEWETZER 1972, S. 14).^{x)} Was WEWETZER 1972 vermerkte, wird heute in seiner Trivialität noch weniger hinterfragt. In der erwähnten kleinen Schrift von WEWETZER wurde GALTON schon als letztlich rassistischer Verteidiger von Herrschaftsstrukturen erkannt. "Es gehört durchaus zu unserem Thema, wenn wir festhalten, daß auf diese Weise (mit Theorien des sog. Sozialdarwinismus, A.L.L.) soziale und gesellschaftliche Strukturen 'festgeschrieben' werden. Während WEWETZER die MARX'sche Gegenposition beschrieb und festhielt: "Klassen sind kein Naturereignis..." (S. 13), ist heute zu befürchten, daß immer weniger der historische Boden, auf dem die Quantifizierung

^{x)} Normal ist, wer vom Mittelmaß (dem arithmetischen Mittel) nicht allzu weit entfernt ist. (Der sog. "Ein-Sigma-Bereich" umschließt 68 % der jeweils Untersuchten).

der Eigentümlichkeiten der jeweiligen menschlichen Existenz entstand (SCHMID 1978, S. 16f) , begriffen wird, zumal wenn GALTON's Elitetheorie den Alltag der Gesundheitspraxis prägt. Ein Beispiel:

Es ist für PsychologInnen, die ihren Kurs Statistik II, Inferenzstatistik, nicht vergessen haben, von erheiternder Naivität, wie MedizinerInnen bei der Beurteilung den "Ein-Sigma-Bereich" als Grenzwert für Pathologisches etwa bei Laborwerten ansehen, nicht wissend, daß sie es nur mit dem statistischen Maß der Streuung zu tun haben, die als Kriterium genutzt wird.

Die unterstellte Normalverteilung alles Menschlichen wird in den meisten psychologischen Tests reproduziert. Normtabellen allein sind ausschließlich Ausdruck dieser theoretischen Grundlage. Selten, daß ein Test andere Referenzgrößen kennt als Verteilungen von Meßwerten auf Intervallskalen. (Nicht ohne Absicht dürfte WEWETZER das Wort "vermessen" in Anführungszeichen gesetzt haben.)

Die Normalverteilung verteilt nach wie vor einige an den unteren Rand, einige an den oberen. Um die am unteren Rand geht es zumeist. Psychologie der Gaußschen Kurve hält die unteren zunächst einmal für zu Recht da unten, nicht nur die Psychologie.

4.2. Zahlen sind eben genauer

Diese naive Gläubigkeit gegenüber probabilitätsstatistischen Ausgrenzungen wird ergänzt durch eine zunehmende Zahlengläubigkeit. Die Quantifizierung von Problemen ist eine echte Krux für alle gesellschaftlichen Bereiche: Curricularwerte an Hochschulen, Anhaltzzahlen in Krankenhäusern: weiterverrechnet und Dezimalstellen ausheckend täuschen sie Genauigkeit vor, wo willkürliche, politische Setzungen gemacht worden waren.

Entscheidungen, die eigentlich zu treffen wären, verschanzen sich hinter Berechnungen, wobei nicht mehr erkennbar ist, daß diese Berechnungen auf Entscheidungen von früher beruhen. Anstatt des Mangels etwa an Personal wird der "Wert" beklagt.

Für die BenutzerInnen von Testergebnissen sind Zahlen ebenso faszinierend. Ein niedergeschriebener Zahlenwert ist von fast unkorrigierbarer Bedeutung. Noch bald allen ÄrztInnen, die bei uns anfangen, mußte ich erklären, was denn der Wert $IQ=110$ im Unterschied zu einem Wert $IQ=120$ überhaupt bedeutet. Hinter den Zahlen verschwinden die Leute. Die versteckte Absicht ist das absichtliche Verstecken.

4.3. Testgläubigkeit als Entlastungsstrategie

Umgekehrt bietet das quantifizierte Testergebnis auch den Anwendern die Möglichkeit, sich dahinter zu verstecken. Das zu einem Zahlenwert geronnene Testergebnis wird als 'naturgegebener', objektiver Tatbestand genommen.

Gefragt ist etwa eine Entscheidung darüber, wie es schulisch mit einem Kind weitergehen soll. In der Annahme, dies sei für die Prognose der schulischen Entwicklung bedeutsam, soll eine Testuntersuchung gemacht werden. Dann läßt sich mit dem Testergebnis hantieren. Den Eltern muß nicht gesagt werden: "Ihr Kind ist dumm." (Das sagt sich auch nicht so leicht, denn es könnte auch anders sein, der Test beweist das ja nicht unbedingt.) Die Aussage aber: "Das Kind hat einen IQ von 80" ist leicht gemacht.

Die Verwendung von Testergebnissen als Schutzschild gegen eine persönlich zu verantwortende eigene Urteilsbildung und Urteils"verkündung" ist besonders bei ÄrztInnen, ebenso bei LehrerInnen, RichterInnen, ErzieherInnen etc. beliebt.

Bedingt durch den Vorgang der Testkonstruktion sind absonderliche Ergebnisse zu beobachten.

Entscheidungen im Bildungswesen sind oft von großer Tragweite. Also ist es doch besser, Testergebnisse als Grundlage der Entscheidung zu nehmen. Man kann auch bei späterem Mißerfolg immer noch sagen: "Aber damals zeigte das Testergebnis ganz klar..."

Entscheidungen über die menschliche Fähigkeit, ein Fahrzeug zu führen, treffen selbst die Richter ungerne. Zuviel Bedeutung hat der Führerschein, als daß schnell geurteilt würde. Aber die Würdigung der Persönlichkeit läßt sich ersetzen durch die Testergebnisse des Psychologen, die nämlich "haben zweifelsfrei ergeben..."

An diesen Beispielen wird erkennbar, daß Testergebnisse von erheblicher Bedeutung sein können. Es ist völlig nutzlos, sich diesem Psychodiagnostizieren in der Gesellschaft zu entziehen. Wer sich entzieht, läßt es andere machen (s. o.).

4.4. Die richtige Alternative ist immer die qualitative Aussage

Psychodiagnostische Befunde haben mit der Lebensgeschichte zu tun. Daher kommt Psychodiagnostik allein durch die Anwendung von Testverfahren auch nur zu einer brauchbaren Aussage. Die patientenbezogene Diagnostik, also der Untersuchungsvorgang, dessen Ergebnisse aus dem unmittelbaren Umgang mit dem Patienten stammen, ist immer unzureichend. Gerade in der Kinderpsychiatrie läßt sich schnell lernen, daß die Beeinträchtigungen eines Kindes keineswegs in ihm selbst begründet sein müssen. Was also muß diagnostiziert werden? Die/der PatienIn? Die Eltern? Die LehrerInnen? Die Nachbarschaft? Die Anwendung psychologischer Testverfahren ist deshalb noch lange keine Psychodiagnostik. Personenbezogene Diagnosen, Individualanalysen entlang bestimmter Fragestellungen sollten stets Sozio- und Psychodiagnose zugleich sein. Mehr noch:

Ich plädiere stark dafür, Aussagen in einem psychodiagnostischen Befund qualitativ zu machen. Die Angabe eines IQ-Wertes etwa ist unnützlich, wegen der möglichen naiven Bewertung durch die LeserInnen des Befundes eher sogar schädlich. Die Frage nach der "Intelligenz" ist eine Frage nach den Lebensmöglichkeiten. Ist also das Kind geistig beeinträchtigt? Ist es dumm? Warum kann es nicht lernen?... Konkrete Antworten werden gebraucht, die sich in Handlungsmöglichkeiten übersetzen lassen.

5. Die große Bedeutung eines psychodiagnostischen Befundes zwingt zu bedachtem beruflichen Handeln

Krankengeschichten, Schulakten, Berichte an Jugendämter, Heimakten, Gerichtsverfahren ... überall, wo psychodiagnostische Befunde einmal auftauchen, haben sie auch Bestand.

Aus Berichten wird in Folgeberichten immer gern zitiert. Die einmal gemachte Aussage in einem psychodiagnostischen Befund läßt sich oft kaum durch einen

neuen psychodiagnostischen Befund tilgen.

Die simple Gegenstrategie gegen einen möglichen Dauerschaden durch eine einmal gemachte psychologische Diagnose kann Verweigern heißen. Diese Strategie führt aber - wie bereits mehrfach angedeutet - eigentlich nur zur Aufgabe psychologischer Berufspraxis. Zwei schon genannte Gründe, die gegen diesen Rückzug sprechen, will ich noch einmal hervorheben:

Das psychologische Testen ist bereits derart allgemeingültige Anforderung, daß sich immer jemand anderes findet, die/der die Tests dann durchführt.

Bei Verzicht auf eine wissenschaftlich fundierte psychologische Diagnostik wird den ipsativen Diagnostikkonzepten aus den therapeutischen Schulen das Feld überlassen.

Ein gesellschaftspolitischer Mut liegt in der Verweigerung ganz bestimmt nicht. Ehrlicher Weise muß eingeräumt werden, daß eine wirkliche Alternative zum "Vermessen" und diagnostischen "Etikettieren", in anderen Handlungsfeldern zu finden ist: Veränderungen von Institutionen und Ämtern, andere Vorschriften und Handlungsstrategien im Umgang mit Menschen, die zu Klienten oder Patienten gemacht wurden. Das psychologische Diagnostizieren wäre überflüssig zu machen durch gesellschaftliche Veränderungen, in denen es das vertrauenswürdige und hilfreiche Beurteilen der Probleme, Möglichkeiten, Fähigkeiten von Menschen (wieder?) gibt. Utopien.

Auf dem Boden des wirklichen Lebens müssen wir nun irgendwie klarkommen. Neue Diagnostikkonzepte, die an der Testkonstruktion ansetzen, haben mit unserem Problem wenig zu tun. So kommen dann ehrliche Kolleginnen zwangsläufig dazu, offensiv eine eklektische Vorgehensweise zu konzipieren (PLAUM & RACKL, 1987): Es werden konkrete Vorschläge gemacht, wie man durch Benutzen vieler Tests unterschiedlicher Art, standardisierter anderer Instrumente (z. B. Bilderbücher) ebenfalls hypothesentestend vorankommt. Das von PLAUM & RACKL a.a.O. vorgestellte praktische Konzept ist dann aber wegen des Wunsches nach möglichst validen Ergebnissen schnell sehr komplex geworden.

Vielen KollegInnen, die in der Praxis Psychodiagnostik betreiben, dürfte eine Darstellung wie die von PLAUM & RACKL ein Art Aha-Erlebnis vermitteln: so

machen sie es auch. Sie nehmen aus der Fülle von Hunderten von Tests hier einen und da einen, benutzen gegen alle Handbuch"vorschriften" Teile von Testverfahren, gehen mit metrischen Vorfahren orientierend um usw. usf.

PsychologInnen, die den Arbeitsauftrag "Psychodiagnostik" nicht von sich weisen, werden nach einiger Zeit ähnlich vorgehen. Es gibt aus meiner Sicht keine Liste empfehlenswerter Tests. Es gibt einige, die ich ablehne. So hat mir etwa der Wartegg-Test einen zu faschistoiden, der Rorschach-Test einen zu diffusen theoretischen Hintergrund. Aber: Jede/r sollte seine eigenen Erfahrungen sammeln, die Verfahren ausprobieren, sie sozusagen in eigener Praxis validieren. (Das klingt wissenschaftlich recht dünn: "an eigener Praxis validieren", aber Validierungsvorhaben der Testkonstruktoren füllen zwar oft viele Seiten, sind aber im Ergebnis selten durchschlagender.)

Wesentliche Unterschiede zwischen dieser psychodiagnostischen Arbeitsweise, die ja über die "Validierung an eigener Praxis" auch einen erheblichen subjektiven Anteil in der Person des/r Diagnostikers/in einbringt, und dem Deuten auf dem Hintergrund ipsativer Konzeptbildungen sind: Überprüfbarkeit aufgrund des Vorgehens mit einem vorzeigbaren Instrumentarium anstelle des Vorgehens allein mit Überlegungen, Annahmen und Schlußfolgerungen; Unabhängigkeit der Urteilsbildung von der in den ipsativen Konzepten intendierten Therapieindikation. Wer deutend vorgeht, findet den Ansatzpunkt seiner Überlegung, Annahme und Urteilsbildung in der "Psychopathologie" seiner Therapietheorie. Wer dagegen testpsychologisch vorgeht, hat die Möglichkeit, bei der unmittelbaren (wenn auch durch den Test geformten) Lebensäußerung des zu diagnostizierenden Menschen zu beginnen.

Die Auswahl von Testverfahren und der Umgang mit ihnen sind dennoch nicht beliebig und ausschließlich Sache der Neigung. Folgende vier Kriterien gelten für mich bei der Auswahl von Testverfahren:

1. Einzelne Tests mit klar umrissenen Fragestellungen werden gegenüber solchen mit globalen Konzepten bevorzugt. Ein Test zur Überprüfung von Wahrnehmungsdefiziten Lernproblemen, kognitiven Schemata, motorischer Entwicklung usw. wird einem allgemeinen "Intelligenztest" vorgezogen.

2. Tests, die qualitative Diagnosen ermöglichen werden gegenüber den Gaußschen Kennwerttests vorgezogen. Die Beantwortung von Fragen wie "Entwicklungsdefizit

in diesem Punkt Ja/Nein" oder "Aphasische Störung Ja/Nein" oder "Geistig behindert/nicht geistig behindert" wird gegenüber probalistischen Skalenwerten vorgezogen. Bei sog. Persönlichkeitstests kommt etwa thematischen Tests größeres Gewicht zu als Fragebögen. Persönlichkeitsfragebögen sind oft nur als Ersatz für ein (die Persönlichkeit betreffende Themen) nicht zu erreichendes Gespräch sinnvoll.

3. Testverfahren, die ein überprüfbares theoretisches Konzept haben, sind denen vorzuziehen, die sich rein pragmatisch geben. Das theoretische Konzept gibt dem Diagnostiker Entscheidungsfreiheit und -verantwortung. Gerade hier liegt aber die oft nicht ausreichend wahrgenommene Verpflichtung, das theoretische Konstrukt der Testverfahren kritisch zu überprüfen, denn nicht nur persönlichkeits-, intelligenz-, entwicklungspsychologische Richtung/Schule/Lehre steckt im Test, auch die ideologiekritisch durchzusehende inhaltliche Aussage (ZIMMERMANN, KORNMANN, LORENZ 1976).

4. Tests, die angenehm durchzuführen sind, die etwa den Kindern gefallen, die auch nicht langweilen, die in der Durchführung die Individualität von Patienten und Klienten nicht als Störvariable eliminieren usw. sind die besseren Tests. Die mit der Maßgabe strenger Testprozedur behauptete Vorstellung, Intelligenz als Ausdruck der Fähigkeit, auch unter Zeitdruck und Streß noch reagieren zu können, begreifen zu dürfen, ist noch platter als der operationale Schwachsinn "Intelligenz ist, was der Intelligenztest mißt."

5. Schlußbemerkung: die/der (selbst)kritische Psychodiagnostikerin ist zwar nicht schlauer, aber im beruflichen Alltag sicherer.

Meine Überlegungen haben zu keiner klaren Schlußfolgerung geführt. Das war auch nicht intendiert. Ziel der Darstellung war, Psychodiagnostik nicht auszublenden. Im Gegenteil: sie sollte als spezifische Kompetenz wissenschaftlich ausgebildeter PsychologInnen nicht andern überlassen werden. In dieser Gesellschaft funktioniert das Sortieren, Einordnung und Aussondern nach wie vor reibungslos. Ich schlage vor, die Psychodiagnostik da (und sei es nur immer wieder im kritischen Versuch) nicht herauszuhalten. PsychologInnen sollten sie bewußt und kompetent, reflektiert und besonnen, klientenbezogen anwenden.

LITERATUR:

BASTINE, R., 1984: Klinische Psychologie, Band 1, Stuttgart

BRUDER-BEZZEL, A., 1979: Als Psychologin im Kinderheim. Psychologie und Gesellschaftskritik, 3, 1/2, S. 68-81

- BRÜCKNER, P. & A. KROVOZA, 1972: Was heißt Politisierung der Wissenschaft und was kann sie für die Sozialwissenschaften heißen? Frankfurt/M.
- DICK, F., 1972: Wenn p. dann q. Gießen
- DREIER, O., 1988: Denkweisen über Therapie. Forum Kritische Psychologie 22, S. 42-67
- FISSENI, H.-J., 1989: Lehrbuch der psychologischen Diagnostik. Göttingen
- GOFFMANN, E., 1972: Asyle. Frankfurt/M.
- GRUBITZSCH, S. & G. REXILIUS, 1978: Testtheorie - Testpraxis. Reinbek/bei Hamburg
- HARTMANN, H., 1970: Psychologische Diagnostik. Stuttgart
- KEUPP, H., 1974: Verhaltensstörungen und Sozialstruktur. München
- KORNMANN, R., 1977: Diagnose von Lernbehinderungen. Weinheim
- LIENERT, G.A., 1967: Testaufbau und Testanalyse. Weinheim
- LORENZ, A.L., 1974: Psychodiagnostik in der Psychiatrie. Gießen
- LORENZ, A.L., 1988: Berufspraxis als kritischer Psychologe - Wandel und Beständigkeit. In: REXILIUS, G. (Hg.) a.a.O., S. 116-132
- PLAUM, E. & B. RACKL, 1987: Psychodiagnostik als Überwindung von Etikettierungen. Zeitschrift für Sozialpsychologie und Gruppendynamik, 12 (1), S. 20-37
- PROBST, H., 1973: Die scheinbare und wirkliche Funktion des Intelligenztests im Sonderschulüberweisungsverfahren. In: Kritik der Sonderpädagogik. Gießen, S. 107-184
- PROBST, H. (Hg.), 1974: Kritische Behindertenpädagogik in Theorie und Praxis. Solms-Oberbießel
- PSYCHOLOGIE, 1974: - eine Form bürgerlicher Ideologie, Heidelberg
- REXILIUS, G. (Hg.), 1988: Psychologie als Gesellschaftswissenschaft. Opladen
- SCHMID, R., 1978: Sozialhistorische und sozialpolitische Aspekte von psychologischen Testverfahren. In: GRUBITZSCH, S. & G. REXILIUS, S.12-39
- WEWETZER, K.-H., 1972: Intelligenz und Intelligenzmessung. Darmstadt
- ZIMMERMANN, K., R. KORNMANN & A.L. LORENZ, 1976: Der HAWIK bei lernbehinderten Sonderschülern. Solms-Oberbießel (2. Aufl.)

Alfred L. Lorenz
Tessiner Straße 43
2800 Bremen 44
22.06.1989