

Kilian, Heiko

Psychodiagnostik als Möglichkeit für systemische Intervention? Einige Gedanken zu Tests und systemischem Ansatz

Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie 39 (1990) 8, S. 300-305

urn:nbn:de:bsz-psydok-34381

Erstveröffentlichung bei:

Vandenhoeck & Ruprecht WISSENSWERTE SEIT 1735

<http://www.v-r.de/de/>

Nutzungsbedingungen

PsyDok gewährt ein nicht exklusives, nicht übertragbares, persönliches und beschränktes Recht auf Nutzung dieses Dokuments. Dieses Dokument ist ausschließlich für den persönlichen, nicht-kommerziellen Gebrauch bestimmt. Die Nutzung stellt keine Übertragung des Eigentumsrechts an diesem Dokument dar und gilt vorbehaltlich der folgenden Einschränkungen: Auf sämtlichen Kopien dieses Dokuments müssen alle Urheberrechtshinweise und sonstigen Hinweise auf gesetzlichen Schutz beibehalten werden. Sie dürfen dieses Dokument nicht in irgendeiner Weise abändern, noch dürfen Sie dieses Dokument für öffentliche oder kommerzielle Zwecke vervielfältigen, öffentlich ausstellen, aufführen, vertreiben oder anderweitig nutzen.

Mit dem Gebrauch von PsyDok und der Verwendung dieses Dokuments erkennen Sie die Nutzungsbedingungen an.

Kontakt:

PsyDok

Saarländische Universitäts- und Landesbibliothek
Universität des Saarlandes,
Campus, Gebäude B 1 1, D-66123 Saarbrücken

E-Mail: psydok@sulb.uni-saarland.de

Internet: psydok.sulb.uni-saarland.de/

INHALT

Erziehungsberatung	
GERLICHER, K./SCHNEIDER, H./RUDERT, R.: Wartezeiten an bayerischen Erziehungs-, Jugend- und Familienberatungsstellen – Ergebnisse einer Erhebung 1988 (Waiting Times in Bavarian Youth- and Family-Counseling Centers. Results of a Study Completed in 1988)	55
 Familientherapie	
HEEKERENS, H. P.: Familiendiagnostik und Evaluationsforschung (Family Diagnostik and Evaluation Research)	2
 Forschungsergebnisse	
GOLDBECK, L./GÖBEL, D.: Stationäre Therapie in der Kinder- und Jugendpsychiatrie – Analysen an einer Inanspruchnahmepopulation (Stationary Therapy in Child and Adolescent Psychiatry – Analysis of an Inpatients Population)	87
GREISER, W./BRÖTZ, A.: Über den Zusammenhang von sozialer Unterstützung mit Spannungszuständen und Alkoholkonsum bei Jugendlichen (The Context of Social Support, Stress and Alcohol Consumption by Students)	306
HOBRÜCKER, B.: Die Technik der Nachbefragung in der stationären Behandlung aggressiver Verhaltensstörungen im Kindesalter (Interviewing as a Therapeutic Technique following Children's Aggressive Acts during Inpatient Treatment)	38
JANSEN, F./STREIT, U./STREIT, A.: Veränderung der Kreislaufaktivierung in Lern- und Leistungssituationen bei leistungsgestörten Kindern (Changes in Cardiovascular Activity during Learning in Children with Learning Problems)	244
KLAUER, K. J.: Denks training für Schulanfänger: Ein neuer Ansatz zur kognitiven Förderung (Training to Think for Preschoolers and First Grade Children: A new Approach to Fostering of Cognitive Development)	150
KÜSCH, M./PETERMANN, F./HARTMANN, H./ROHMANN, U.: Soziale Interaktion mit autistischen Kindern: Ansatz einer störungsspezifischen, therapieorientierten Diagnostik (Social Interaction with Autistic Children: Application of a Disorder-specific and Intervention-orientated Assessment)	114
LEMP, R./PIETSCH-BREITFELD, B.: Die Intelligenzstruktur hypermotorischer Kinder: Vergleichende Untersuchung an 2229 HAWIK-Profilen (Intelligence Test Profiles of Hyperkinetic Children. Retrospective Evaluation of 2229 HAWIK Profiles)	80
LÖSER, H./SCHMITT, G. M./GRÄVINGHOFF, K.: Sind Kinder mit Alkoholembryopathie trockene Alkoholiker? – Eine Untersuchung zum Risiko der Suchtentwicklung (Development of Addiction in Children with Fetal Alcohol Syndrome [Alcohol Embryopathy])	157
LOTZGESELLE, M.: Schuphobisches Verhalten – Entstehungsbedingungen und Verläufe (Schoolphobic Behaviour – Aetiological Circumstances and Courses)	18
STEINMÜLLER, A./STEINHAUSEN, H. C.: Der Verlauf der Enkopresis im Kindesalter (The Course of Encopresis in Childhood)	74
 Identität	
DIEPOLD, B.: Ich-Identität bei Kindern und Jugendlichen (Ego-Identity during Childhood and Adolescence)	214
LINDNER, W. V.: Begegnung mit Fremden (Encounter with the Alien)	210
OCKEL, H.: Beziehungen zwischen individueller und kollektiver Identitätssuche (Relations Between Personal and Collective Search for Identity)	203
REITER, L.: Identität aus systemtheoretischer Sicht (Identity from a System Theoretic Point of View)	222
 Praxisberichte	
HUCK, W.: Wiederspiel und Abbild der nationalsozialistischen Vergangenheit in der Psychotherapie jugendlicher Patienten (Repetition of Specific Nazi Patterns in the Psychotherapy of Juvenile Patients)	180
KILIAN, H.: Psychodiagnostik als Möglichkeit für systemische Intervention? Einige Gedanken zu Tests und systemischem Ansatz (Psychological Tests as a Possibility for Systemic Intervention? Some Considerations on Tests and the Systemic Approach)	300
DE LORME, I.: Haben psychodynamische Überlegungen bei Hirnabbauprozessen noch ihre Berechtigung? (Are Psychodynamic Considerations Still Appropriate in Cases of Degenerative Brain Process?)	172
LUDE, W./ADAM, G./ADAM, A.: Integratives pädagogisch-therapeutisches Vorgehen in der stationären gruppen-therapeutischen Arbeit mit verhaltensauffälligen Jugendlichen (An Integrated Educational-therapeutic Approach in Inpatient Group Therapy with Behaviourally Disturbed Adolescents)	293
MANGOLD, B.: Einflüsse der systemischen Familientherapie auf die Organisation und Arbeitsweise einer psychotherapeutischen Kinderabteilung (Influences of Systemic Family Therapy on the Organisation and Working of a Psychotherapeutic Unit)	94
 Psychotherapie	
SCHLÖSSER, A. M.: Übergangsobjekt und Objektbeziehung (Transitional Object and Object Relation)	6
 Übersichten	
BRANIK, E.: Depressive Syndrome in der Adoleszenz (Depressive Syndromes in Adolescence)	126
FINGER, P.: Die Sterilisation geistig Behinderter nach § 1905 BGB in der Fassung eines Entwurfs des Betreu-	

ungsgesetzes (BtG) (The Sterilization of the Mentally Handicapped According to Para. 1905 BGB [Civil Code] in the Version of the Betreuungsgesetz)	132	SCHMIDT, M. H.: Wichtige kinderpsychiatrische Forschungsfelder – Rückblick und Ausblick (Important Research Topics in Child Psychiatry – Review and Preview	330
FRANKE, U.: Theraplay – eine direkte kommunikative Spieltherapie („Theraplay“ – A Directive Communicative Play Therapy)	12	SCHÖNFELDER, T.: Diagnostische und therapeutische Sichtweisen im Wandel: Integrative Perspektiven (Changes in Diagnostic and Therapeutic Approaches: Integrative Perspectives)	364
HARTKAMP, N.: Einige Befunde der Säuglingsbeobachtung und der neueren Entwicklungspsychologie (Some new Findings in the Area of Infant Observation and Current Developmental Psychology)	120	SPECHT, F.: Die Zusammenarbeit der beteiligten psychosozialen Systeme bei der Versorgung psychisch gestörter Kinder und Jugendlicher (The Care of Mentally Disturbed Children and Juveniles: Cooperation Between the Relevant Psychosocial Systems)	347
REHM, H./PFITZNER, R.: Die Diagnose „Adoleszentenkrise“ im Spiegel der Rorschach-Diagnostik (The Diagnostic Category „Adolescent Crisis“ from the Point of View of Rorschach-Tests)	283	ZAUNER, J.: Diagnostische und therapeutische Sichtweisen im Wandel: Der Beitrag der Psychoanalyse (Changes in Diagnostic and Therapeutic Approaches: The Contribution of Psychoanalysis)	358
REMSCHMIDT, H./SCHMIDT, M. H./STRUNK, P.: Gewalt in Familien und ihre Verhinderung. Zugleich ein Plädoyer für die Abschaffung des elterlichen Züchtigungsrechtes (Violence in Families and the Prevention. Also a Pleading for Abolition of Parental Right to inflict Punishment)	162	Tagungsberichte	
SCHAUENBURG, H.: Zur familiären Bewältigung des Gilles de la Tourette-Syndroms (Coping with Tourette-Syndrome in the Family)	167	Bericht über die Jahrestagung der Vereinigung analytischer Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten (VAKJP) vom 27.-29. Oktober 1989 in Stuttgart: Körpererleben in der analytischen Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapie	61
SEIDLER, G. H.: Rumpelstilzchen auf der Couch – ein Ensemble von Scham-, Identitäts- und Vaterthematik (Rumpelstiltsken on the Couch. An Encounter of the Subjects Shame, Identity and Father)	261	Bericht über das 3. Forschungssymposium zum Thema „Developmental Psychopathology“ der WHO European Child Psychiatrists Research Group in Marburg vom 1. bis 4. 10. 1989	62
STEINHAUSEN, H. C.: Diagnose und Klassifikation im Spannungsfeld von Beschreibung und Interpretation (Diagnosis and Classification: Suspended Between Description and Interpretation)	255	Bericht über die letzte Tagung der Gesellschaft für Psychiatrie und Neurologie der DDR in Leipzig vom 7.-9. 2. 1990	229
SUESS, G. J.: Arbeit mit Scheidungsfamilien – Überlegungen aus der Sicht der Bindungstheorie und kontextuellen Therapie (Working with Divorcing Families – Considerations from the Perspective of Attachment Theory and Contextual Therapy)	278	Bericht über die Fachtagung „Therapie in der Kinder- und Jugendpsychiatrie“ vom 2.-3. März 1990 in Heidelberg anlässlich des 65. Geburtstages von Prof. Müller-Küppers	230
ULLRICH, G.: Psychosoziale Versorgung in der Medizin: Eine Frage des „management bias“? (Psychosocial Care in Medical Settings: a Question of „Management Bias“?)	249	Gründung einer Gesellschaft für Neuropsychiatrie des Kindes- und Jugendalters der DDR	231
VOLL, R.: Neurotische Delinquenz im Jugendalter (Neurotic Delinquency in Adolescence)	52	Bericht über die Tagung anlässlich des 40jährigen Bestehens der Erziehungsberatungsstelle des Vereins für Erziehungshilfe e.V., Marburg	232
WALTHER, J. U.: Genetik in der Kinder- und Jugendpsychiatrie (Genetics in Child Psychiatry)	45	2. Europäisches Symposion: Frühe Hilfen für behinderte Kinder in der Europäischen Gemeinschaft	310

Wissenschaftliche Grundlagen der kinder- und jugendpsychiatrischen Versorgung

LEMP, R.: Die historische Perspektive kinderpsychiatrischer Forschung im Spannungsfeld zwischen Natur- und Geisteswissenschaft (The Historical Perspective in Childpsychiatry Between Sciences and Humanities)	325	ANGERMEYER, M. C./KLUSMANN, D. (Hrsg.): Soziales Netzwerk – Ein neues Konzept für die Psychiatrie	313
MARTINIUS, J.: Diagnostische und therapeutische Sichtweisen im Wandel: Biologisch-psychiatrische Aspekte (Changes in Diagnostic and Therapeutic Approaches: The Contribution of Biological Psychiatry)	353	ANSELMANN-SEYDLER, S.: Die Rolle des Lehrers im Krankenhaus	104
REMSCHMIDT, H.: Grundsätze zur Versorgung psychisch gestörter Kinder und Jugendlicher (Principles of the Care of Psychologically Disturbed Children and Juveniles)	338	BAUMGARTEN-WEYMAR, S./TEWES, U./WOLFF, G.: Vom Recht am Kind. Leitfaden für familienrechtliche Auseinandersetzungen	379
ROTHHAUS, W.: Diagnostische und therapeutische Sichtweisen im Wandel: Die systemische Perspektive (Changes in Diagnostic and Therapeutic Approaches: The Systemic Perspective)	361	BETTELHEIM, B.: Der Weg aus dem Labyrinth	100
		BOEHNKE, K./MACPHERSON, M. J./SCHMIDT, F. (Hrsg.): Leben unter atomarer Bedrohung. Ergebnisse internationaler psychologischer Forschung	371
		BOSCOLO, L./CECCHIN, G./HOFFMANN, L./PENN, P.: Familientherapie – Systemtherapie. Das Mailänder Modell: Theorie, Praxis und Konversation	28
		CAPLAN, G.: Bevölkerungsorientierte Familienpsychiatrie	314
		CECI, S. J./ROSS, D. F./TOGILA, M. P. (Eds.): Perspectives on Children's Testimony	238
		DOLD, P.: Szeno-Familientherapie	101

EGGERS, C./LEMPPE, R./NISSEN, G./STRUNK, P.: Kinder- und Jugendpsychiatrie	378	LUKESCH, H./NÖLDER, W./PEEZ, H. (Hrsg.): Beratungsaufgaben in der Schule	105
EICKHOFF, F. W./LOCH, W. (Hrsg.): Jahrbuch der Psychoanalyse Bd. 24 u. 25	312	MAAR, M./BALLHAUS, V.: Papa wohnt jetzt in der Heinrichstraße	65
ELL, E.: Psychologische Kriterien bei der Sorgerechtsregelung und die Diagnostik der emotionalen Beziehungen	315	MEYER, J.: Philipp Henry Lord Stanhope. Der Gegenspieler Kaspar Hausers	64
ELL, E.: Psychologische Kriterien bei der Regelung des persönlichen Umgangs	315	MIETZEL, G.: Wege der Entwicklungspsychologie - Kindheit und Jugend	139
ENZMANN, D./KLEIBER, D.: Helfer-Leiden. Streß und Bournout in psychosozialen Berufen	313	NEUHÄUSER, G./STEINHAUSEN, H. C. (Hrsg.): Geistige Behinderung	380
FEDOR-FREYBERGH, P. G. (Hrsg.): Pränatale und perinatale Psychologie und Medizin. Begegnung mit dem Ungeborenen	64	NIEDERBERGER, J. M./BÜHLER-NIEDERBERGER, O.: Formenvielfalt in der Fremderziehung	193
FEIEREIS, H.: Diagnostik und Therapie der Magersucht und Bulimie	102	NIES-DIERMANN, H./PAUSEWANG, I.: Die subjektive Wertung der leiblichen Herkunft und ihre Bedeutung für die Eltern-Kind-Interaktion. Dargestellt am Beispiel der Adoptionsfamilie	377
FREEDMAN, A. M./KAPLAN, H. I./SADOCK, B. J./PETERS, U. H. (Hrsg.): Psychiatrische Probleme der Gegenwart	382	NISSEN, G. (Hrsg.): Somatogene Psychosyndrome und ihre Therapie im Kindes- und Jugendalter	381
FRIESE, H. J./TROTT, G. E. (Hrsg.): Depression in Kindheit und Jugend	194	NITZSCHKE, B. (Hrsg.): Freud und die akademische Psychologie	140
GARZ, D.: Sozialpsychologische Entwicklungstheorien. Von Mead, Piaget und Kohlberg bis zur Gegenwart	271	OLSON, B./RETT, A.: Linkshändigkeit	142
GRISSEMANN, H.: Lernbehinderung heute. Psychologisch-anthropologische Grundlagen einer innovativen Lernbehinderten-Pädagogik	66	PAPP, P.: Die Veränderung des Familiensystems	29
HÄRLE, G.: Männerweiblichkeit. Zur Homosexualität bei Klaus und Thomas Mann	63	PETERMANN, F./PETERMANN, U.: Training mit aggressiven Kindern, 4. Aufl.	142
HEEKERENS, H. P.: Familientherapie und Erziehungsberatung	270	PETERMANN, U./PETERMANN, F.: Probleme im Jugendalter - Psychologische Hilfen	316
HEIGL-EVERS, A./WEIDENHAMMER, B.: Der Körper als Bedeutungslandschaft. Die unbewußte Organisation der weiblichen Geschlechtsidentität	236	PETERMANN, F./BODE, U./SCHLACK, G. (Hrsg.): Chronisch kranke Kinder und Jugendliche: Eine interdisziplinäre Aufgabe	382
HENZE, K. H.: Chronische Krankheit in der Adoleszenz	237	PÖLDINGER, W. (Hrsg.): Angst und Angstbewältigung	64
HIRSCH, M. (Hrsg.): Der eigene Körper als Objekt. Zur Psychodynamik selbstdestruktiven Körperagierens	375	RAUSCHENBACH, B./WEHLAND, G.: Zeitraum Kindheit - Zum Erfahrungsraum von Kindern in unterschiedlichen Wohngebieten	375
HÖRMANN, G./NESTMANN, F. (Hrsg.): Handbuch der psychosozialen Intervention	30	RETZLAFF, I. (Hrsg.): Gewalt gegen Kinder - Mißhandlung und sexueller Mißbrauch Minderjähriger	105
INSTITUT FÜR ANALYTISCHE PSYCHOTHERAPIE ZÜRICH-KREUZLINGEN (Hrsg.): Psychoanalyse im Rahmen der demokratischen Psychiatrie, Bd. III/IV	195	ROUTH, D. K. (Ed.): Handbook of Pediatric Psychology	31
ISKENIUS-EMMLER, H.: Psychologische Aspekte von Tod und Trauer bei Kindern und Jugendlichen	370	SACHSE, R./HOWE, J. (Hrsg.): Zur Zukunft der klientenzentrierten Psychotherapie	102
JUNGE, H.: Heimerziehung im Jugendhilfeverbund. Konzepte und Konsequenzen	272	SALZGEBER, J.: Familienpsychologische Begutachtung	315
KAISER, P.: Familienerinnerungen - Zur Psychologie der Mehrgenerationenfamilie	100	SCHLEIFFER, R.: Elternverluste - Eine explorative Datenanalyse zur Klinik und Familiendynamik	103
KARCH, D./MICHAELIS, R./RENNE-ALLHOFF, B./SCHLACK, H. G.: Normale und gestörte Entwicklung. Kritische Aspekte zu Diagnostik und Therapie	374	SCHNEIDER, W.: Zur Entwicklung des Meta-Gedächtnisses bei Kindern	28
KAST, V.: Wege zur Autonomie	235	SEEHAUSEN, H.: Familien zwischen modernisierter Berufswelt und Kindergarten	272
KELLER, H. (Hrsg.): Handbuch der Kleinkindforschung	314	SOLNIT, A. J. et al. (Eds.): The Psychoanalytic Study of the Child. Vol. 44	107
KERSTING, H. J./KRAPOHL, L./LEUSCHNER, G.: Diagnose und Intervention in Supervisionsprozessen	31	SPECK, O./THURMAIR, H. (Hrsg.): Fortschritte der Frühförderung entwicklungsgefährdeter Kinder	192
KOELLA, W. P.: Die Physiologie des Schlafes. Eine Einführung	33	STAATSWINSTITUT FÜR FRÜHPÄDAGOGIK UND FAMILIENFORSCHUNG (Hrsg.): Handbuch der integrativen Erziehung behinderter und nicht behinderter Kinder	380
KÖNIG, C. (Hrsg.): Gestörte Sexualentwicklung bei Kindern und Jugendlichen. Begutachtung, Straffälligkeit, Therapie	373	STEPHAN, U. (Hrsg.): Langzeittherapie im Kindes- und Jugendalter	33
KOHNSTAMM, R.: Praktische Kinderpsychologie. Die ersten 7 Jahre	379	THIMM, W. et al. (Hrsg.): Ethische Aspekte der Hilfen für Behinderte	237
KÜHLER, T.: Zur Psychologie des männlichen Kinderwunsches. Ein kritischer Literaturbericht	106	THOMÄ, H./KÄCHELE, H. (Hrsg.): Lehrbuch der psychoanalytischen Therapie, Bd. 2: Praxis	30
LEBER, A./TRESCHER, H. G./WEISS-ZIMMER, E.: Krisen im Kindergarten. Psychoanalytische Beratung in pädagogischen Institutionen	32	TÖLLE, R.: Psychiatrie, 8. Aufl.	66
		VERBAND KATHOLISCHER EINRICHTUNGEN DER HEIM- UND HEILPÄDAGOGIK (Hrsg.): Verbundsysteme in der Jugendhilfe	272
		VOSS, R. (Hrsg.): Das Recht des Kindes auf Eigensinn	376
		WALTER, J. (Hrsg.): Sexueller Mißbrauch im Kindesalter	194

WEIDEMANN, D.: Leben und Werk von Therese Benedek (1982-1977) - Weibliche Sexualität und Psychologie des Weiblichen	235	ZIELKE, M./STURM, J./MARK, N. (Hrsg.): Die Entzauberung des Zauberbergs. Therapeutische Strategien und soziale Wirklichkeit	104
WEISS, H.: Familie und Frühförderung	192	ZUSCHLAG, B./THIELKE, W.: Konfliktsituationen im Alltag	32
WEISS, L./KATZMANN, M./WOLCHIK, S.: Bulimie - Ein Behandlungsplan	372	Editorial: 202, 324	
ZANK, S.: Zur Entwicklung des Lösungsmittelschnüffels bei Jugendlichen und jungen Erwachsenen	370	Autoren der Hefte 25, 63, 98, 139, 190, 233, 266, 311, 367	
ZEPF, S./HARTMANN, S.: Psychoanalytische Praxis und Theoriebildung: Verstehen und Begreifen - Eine erkenntnistheoretische Untersuchung	141	Diskussion/Leserbriefe: 233, 267	
		Zeitschriftenübersicht: 26, 98, 191, 268, 368	
		Tagungskalender: 34, 67, 108, 143, 196, 239, 274, 318, 384	
		Mitteilungen: 35, 68, 109, 144, 196, 240, 275, 318, 384	

Psychodiagnostik als Möglichkeit für systemische Intervention? Einige Gedanken zu Tests und systemischem Ansatz

Von Heiko Kilian¹

Zusammenfassung

Ausgehend von widersprüchlichen Praxisanforderungen werden Überlegungen angestellt, psychodiagnostische Aufträge als Möglichkeit zu systemischen Kurzinterventionen in „Problemsystemen“ zu nutzen. Bezogen auf eine diagnostische Standardsituation werden einige mögliche zirkuläre und hypothetische Fragen eines Erstinterviews und potentielle Umdeutungen eines zugehörigen Abschlußkommentars aufgeführt und an 2 Fallbeispielen illustriert. Abschließend folgen einige Gedanken über mögliche Funktionen von Diagnostik-Aufträgen in „Problemsystemen“.

1 Einleitung

Welcher therapeutisch tätige Psychologe fürchtet oder haßt sie nicht, die diagnostischen Aufträge, die ihm oft sinnlos und therapeutisch irrelevant vorkommen! Sicherlich ist die „Testerei“ oft ein zeitraubendes und energieverzehrendes Routinege-

¹ Für die Anregung zu neuen Ideen danke ich Gunthard Weber. Dank auch an R. Biegel-Erlenmaier und meine Frau W. Muhle-Kilian für die Durchsicht des Manuskripts.

schäft, doch wird die verständliche Unlust noch durch die Auffassung verstärkt, Tests und ihre Ergebnisse könnten aufgrund ihrer Etikettierungsfunktion nur antitherapeutisch sein.

Hier stellt sich die Frage: Läßt sich diesem Übel therapeutisch nicht vielleicht doch etwas abgewinnen? Ist es eventuell möglich, trotz Eingehens auf den Diagnostik-Auftrag therapeutische Effekte zu erzielen? Die folgenden Gedanken entstanden im Verlaufe einer Arbeitsphase diagnostischer Überbeanspruchung in einer Klinikambulanz. Sie sind ein Versuch, den Widersprüchen der Praxis (wie z. B. sowohl Diagnostik als auch effektive Therapie zu betreiben) Produktives abzugewinnen.

2 Auf dem Weg zu einem „systemisch-konstruktivistischen Umgang“ mit „klassischer“ Psychodiagnostik

Bei diesem Untertitel ist zunächst zu fragen, ob sich nicht die Ansätze der „klassischen“ Diagnostik und der systemisch-konstruktivistischen Sichtweise ausschließen bzw. ob diese Thematik nicht auf platten Eklektizismus hinausläuft. Oder könnte man sich eventuell durch das Nebeneinander dieser Ansätze zu Experimenten herausfordern lassen?

2.1 Kritik an klassischer Diagnostik und Verhaltensanalyse

Kritik an der traditionellen Diagnostik wird von verschiedenen Standpunkten aus geübt. Konzeptionsimmanent spielt dabei die Diskussion um die Gütekriterien die herausragende Rolle (LIENERT, 1969; PAWLIK, 1982). Auch neue statistisch-methodische Ansätze wie die probabilistische Testtheorie, die die methodischen Grundprobleme umgehen sollen, sind bislang wohl Beweise ihrer Tauglichkeit schuldig geblieben (INGENKAMP, 1985; JÄGER ET AL., 1985). SCHIEPEK (1986) führt, abgesehen von diesen ebenfalls klassischen Kritikpunkten, einige prinzipielle Einwände aus systemischer Perspektive an:

- Psychodiagnostik bedeute Verdinglichung und Ontologisierung,
- sie impliziere statische Merkmale und vernachlässige Dynamik und Interaktion,
- sie sei Ausdruck linearer Kausalvorstellungen,
- sie sei individuumzentriert, auch die Verhaltensanalyse beinhalte dies letztlich.

In diesem Zusammenhang sei SCHIEPEKS Kritik gegen die klassische Psychodiagnostik um einen Aspekt ergänzt:

- die Berücksichtigung des Kontextes, in dem Testdurchführung und -resultat (auch bei der Verhaltensanalyse) stehen, wird auf einige wenige Punkte reduziert: situative Gegebenheiten bei der Durchführung werden als zu kontrollierende Variablen oder Störfaktoren betrachtet (vgl. die Auflistungen von sogenannten Beobachtungsfehlern in vielen Diagnostikbüchern). Der über die Proband-Diagnostiker-Interaktion hinausgehende Kontext reduziert sich auf Kosten-Nutzen- bzw. entscheidungstheoretische Überlegungen (vgl. z.B. CRONBACH & GLEESER, 1965) oder wird im Rahmen der Gütekriterien-Diskussion abgehandelt (s. LEICHNER, 1979).

Durch diese – teilweise erhebliche – Herauslösung der Psychodiagnostik aus ihrem Kontext verstärkt sich die Verdinglichung und Etikettierungsprozessen wird Vorschub geleistet. Schließlich sei noch auf einen weiteren Einwand hingewiesen, der anfangs v.a. von den Verhaltenstherapeuten vorgebracht wurde: Psychodiagnostik bedeute häufig die Trennung von Diagnose und Therapie, was sich letztlich auch als eine Variante der partiellen Kontextausblendung sehen läßt.

2.2 Einige systemisch-konstruktivistisch inspirierte Überlegungen zur Psychodiagnostik

Unter der systemisch-konstruktivistischen Sichtweise (s. hierzu z.B. MATURANA & VARELA, 1987; WATZLAWICK, 1985; SCHIEPEK, 1986; LUDEWIG, 1987) wird Diagnostik zu einem Prozeß, in dem der Diagnostiker (Beobachter) und der Proband in einer standardisierten, vorher festgelegten Situation eine gemeinsame Antwort auf eine bestimmte Fragestellung (wie z.B. den Grad des intellektuellen Entwicklungsstandes o.ä.) erarbeiten. Dabei wird in der konstruktivistischen Sichtweise die entstandene Ant-

wort, also das Testergebnis, nicht als Element oder Merkmal des Probanden gewertet – wie etwa in der persönlichkeitspsychologischen Auffassung –, sondern als Produkt der Interaktion zwischen Testleiter und Proband, als gemeinsamer Beschreibungsversuch von Verhaltensweisen. Das Testresultat ist somit eine gedankliche Konstruktion. Objekt und Beobachter (Proband und Diagnostiker) haben sich hierbei gegenseitig (zirkulär) beeinflusst². Fokussiert wird aber nicht nur auf den Interaktionsprozeß innerhalb des Systems „Diagnostiker und Proband“, sondern auch auf die Rolle weiterer Teilnehmer wie Überweiser, Angehörige des Probanden oder institutionelle Gegebenheiten. Dies hat zur Folge, daß der Kontext an Bedeutung gewinnt. Kontext bedeutet nun nicht mehr nur die Vorgeschichte eines Symptoms und die Lebenssituation eines Probanden, sondern auch die Einbettung des Diagnostikauftrags in die jeweiligen persönlichen und institutionellen Bedingungen und die Konsequenzen des Auftrags für alle Beteiligten.

Entschließt man sich, Psychodiagnostik als kontextgebundene Interaktion zu definieren bzw. zu bewerten, so ergeben sich hieraus massive Konsequenzen:

- Die Diagnose wird zur sozialen Übereinkunft über die Beschreibung und Bewertung eines Verhaltens einer Person in einer bestimmten Situation. Die Zuschreibung stabiler Eigenschaften wird auf diese Weise erschwert; die Gefahr der Verdinglichung der Diagnose sinkt.
- Die Verdeutlichung des Kontextes relativiert Testergebnisse und verringert Etikettierungseffekte.
- Es eröffnen sich Bewertung- bzw. Interpretationsspielräume bezüglich des Testwerts (z.B. des IQ), die im gemeinsamen Gespräch zwischen allen Beteiligten (Kind, Eltern, Lehrer, Psychologe) ausgelotet werden können. Es sind dabei besonders die diagnostischen „Grenzfälle“, bei denen diese erweiterten Spielräume genutzt werden.
- Die Mitteilung des Testergebnisses ist jetzt ein Prozeß gegenseitiger Abstimmung zwischen den Erwartungen und Sichtweisen der Beteiligten, sie wird zur systemischen Intervention. Damit ist die Trennung von Diagnostik und Therapie aufgehoben. Auch haben Mängel der Gütekriterien nicht mehr ein solches Gewicht.

Doch nun muß erneut die Frage nach der wissenschaftlichen Legitimation dieser Vermischung von Konzepten, die sich fundamental voneinander unterscheiden, gestellt werden. SCHIEPEK (1986) thematisiert die Grundsatfrage ausführlich: Für ihn stellen diagnostische Hypothesen 1. Ordnung, wie es Testergebnisse wären, „lineale Teilbögen“ in einem „idiographischen Systemmodell“ dar, die in wechselseitigen Bezug gesetzt und damit relativiert werden (S.120). Allerdings müsse „innerhalb der Dynamik des Gesamtsystems ... damit gerechnet

² In Abwandlung des 1. Kommunikationsaxioms nach WATZLAWICK ET AL. (1969) ließe sich formulieren: „Man kann nicht nicht beeinflussen.“ Dies tangiert das Gütekriterium Objektivität erheblich.

werden, daß Relationen, wie sie zwischen einzelnen Komponenten angenommen wurden, ihre Form verändern. ... Daher ist die Übernahme von Befunden aus theoretischen und empirischen Arbeiten nicht problemlos möglich“ (S. 120). Testergebnisse erhalten die Funktion von Mosaiksteinchen, wobei sorgfältig darauf zu achten ist, ob und an welcher Stelle eines Gesamtmosaiks sie passen, das heißt: ob und wo sie im Beratungsprozeß eventuell nützlich wären.

3 Praktische Vorschläge zur Psychodiagnostik in einem systemisch-konstruktivistischen Modell

Die systemische Therapie ist in ihrem praktischen Inventar gekennzeichnet durch Hypothesenbildung, zirkuläres und hypothetisches Fragen in Form eines Interviews mit einem Abschlußkommentar des Interviewers (nach einer Beratungspause) (s. hierzu z.B. SELVINI ET AL., 1981; BOSCOLO ET AL. 1988; WEBER & STIERLIN, 1989; CECCHIN, 1988).

Bei primär diagnostischen Aufträgen können Erst- und Auswertungsgespräch in ganz ähnlicher Weise geführt und so als systemisches Interview mit zugehöriger Intervention gehandhabt werden. Nehmen wir zur Darstellung praktischen Vorgehens folgende alltägliche Situation an: Eine Mutter meldet ihr Kind wegen schulischer Leistungsschwächen an. Von ihren Erwartungen, den Vorstellungen des Überweisers (z.B. des Lehrers) und dem institutionellen Auftrag (z.B. Bildungsberatungsstelle oder medizinisch ausgerichtete Klinikambulanz) her scheint eine testpsychologische Untersuchung (in diesem Falle ein Intelligenztest) unumgänglich. Der Psychologe, so malen wir uns weiter aus, führt gewöhnlich vor der Untersuchung ein eingehendes Gespräch mit den erscheinenden Personen über die Problematik und bestellt diese, dann eventuell mit zusätzlichen beteiligten Personen, zum Auswertungsgespräch erneut ein.

3.1 Einige zirkuläre und hypothetische Fragen beim Erstkontakt

Nach einer einleitenden Erkundigung über das u.U. die Mutter bewegende Problem in seinen verschiedenen Erscheinungsformen ließe sich etwa folgendermaßen fragen:

- a) Wer hatte zuerst die Idee, daß Sie sich an uns (bzw. überhaupt an Experten) wenden? Warum glaubt er/sie, daß Sie es allein nicht schaffen würden? Was hatte er/sie von uns erwartet, etwa Tips, Beratung, längere Therapie oder Untersuchungen bzw. Tests? Was haben andere Beteiligte erwartet? Wer hat sich überhaupt am ehesten etwas von einer Testung versprochen?

Der erste Teil dieser Fragen impliziert, daß man u.U. auch andere Problemlösungsmöglichkeiten (mit oder ohne Experten) hätte erwägen können. Im 2. Teil wird indirekt die Einschätzung bzw. Gewichtung des Konsultationsanlasses durch verschiedene Beteiligte (einschließlich Überweiser!) eruiert, wobei auch hier unterschiedli-

che Sichtweisen zur Sprache kommen und somit einer Problemfestschreibung (Etikettierung) entgegenwirken können. Gleichzeitig kann die Beteiligung weiterer Personen und deren Motivation in Bezug auf die angestrebte Untersuchung herausgearbeitet werden.

- b) Wozu soll das Testergebnis dienen? Was wäre der Unterschied für ... (beteiligte Person) ... zwischen Untersuchung und Testverzicht für eine Problemlösung? Welche Konsequenzen hätte ein bestimmtes Ergebnis? Dient es als Entscheidungsgrundlage bezüglich bestimmter Maßnahmen, die eventuell zu treffen wären (wie etwa Nachhilfestunden, Stützkurs, Therapie) oder eher der Untermauerung einer bestimmten Position (normal oder nicht, erblich oder erworben), oder eher der Beruhigung der Eltern, nichts versäumt zu haben, oder als Beweis für die Kooperationsbereitschaft gegenüber dem Überweiser? Oder könnte der Test ein Einstieg für Gespräche über noch ganz andere Probleme und Themen sein? Welche wären dies? Was für ein Ergebnis würde Sie veranlassen, fluchtartig diesen Raum zu verlassen und ab sofort psychologische Beratung abzulehnen? Was müßte ich Ihnen mitteilen, damit Sie um weitere Beratung bitten würden?
- c) Wer (Eltern; Kind; Überweiser) rechnet mit welchem Ergebnis? Würde derjenige auch ein anderes, nicht erwartetes Resultat akzeptieren oder die Diagnose anzweifeln? Wie würden diejenigen es aufnehmen, die sich in ihrer Einschätzung bestätigt sähen? – Würden sie es als „Triumph“ auskosten, still „genießen“ oder zur Tagesordnung übergehen? Würde eine diagnostische Stellungnahme eventuell bestehende Meinungsverschiedenheiten über das Problem eher vertiefen oder verringern? Würde es u.U. „Sieger“ und „Besiegte“ geben? Welches Resultat dürfte auf gar keinen Fall herauskommen?
- d) Angenommen, der Test fiel schlecht aus: Wie würde (eine der beteiligten Personen) das Kind behandeln – eher mitleidig, eher resignierend oder würde er/sie Leistungsdruck machen und Erfolge erzwingen wollen? Angenommen, der Test fiel gut aus: Würde (eine der beteiligten Personen) Erwartungen hochschrauben, stolz darüber sein oder zur Tagesordnung übergehen? Wie würde das Kind auf ein gutes bzw. schlechtes Ergebnis und wie auf die jeweilige Reaktion der Eltern reagieren? Würde es sich etwa gegen mehr Leistungsanforderungen auflehnen? Würde es bei einem negativen Resultat aufgeben oder es eher ignorieren wollen? Wird es sich von daher im Test eher besonders anstrengen oder lieber einen schlechten Eindruck machen wollen? Wird es Sie eher durch ein bestimmtes Testergebnis oder eher durch andere Verhaltensweisen von unbeliebten Maßnahmen abbringen können? Durch welches andere Verhalten?

3.2 Der Abschlußkommentar beim Erstgespräch

Nachdem über einige dieser Fragen gesprochen wurde, ist der erste Kommentar fällig, vor allem die Stellungnahme des Psychologen zum Diagnostikauftrag. Im Verlaufe des vorhergehenden Interviews kann nun z.B. deutlich geworden sein, daß ein Testergebnis symmetrische Eskalationen (SIMON & WEBER, 1988) anheizen und somit neue Probleme schaffen, statt bestehende lösen würde. Der Diagnostiker befände sich in der Zwickmühle zwischen sich gegenseitig ausschließenden Erwartungen. Gäbe er u.U. dem Lehrer „recht“ und so den El-

tern „unrecht“? Oder befände er sich im Bündnis mit dem Vater gegen die Mutter (o. ä.)? In diesen Fällen erscheint es ratsam, dieses Dilemma deutlich aufzuzeigen und die Testung zu verschieben, bis die gesamten Umstände in einem weiteren Gespräch genauer abgeklärt werden können.

Es kann sich aber auch eine völlig andere Situation im Interview herauschälen: die Beteiligten stilisieren den Psychologen zum Superexperten hoch und versuchen, ihm die Verantwortung für alle weiteren Entscheidungen und Maßnahmen zu übertragen. Hier wird es eher sinnvoll sein, auf die Mängel von Testdiagnostik hinzuweisen und die Gefahr von Fehlurteilen zu betonen. In den Fällen, in denen bei unverrückbaren Erwartungen das Ergebnis bereits vorher festzustehen scheint, sollten die Beteiligten vor dem Test gewarnt werden, besteht doch die Gefahr großer Enttäuschung bei unerwartetem oder unerwünschtem Ausgang.

Bei all diesen eher skeptischen Kommentaren ist zu bedenken, daß sie paradox wirken und somit den Wunsch nach einer Untersuchung verstärken können. Allerdings läßt sich auf diese Weise oft mehr Offenheit für neue Informationen (wie z. B. ein Ergebnis und dessen mögliche Bewertungen) herstellen. Die Einbettung in die Kontextinformationen aus dem vorhergehenden Interview ist deshalb besonders wichtig. In der Regel wird so der Test in seiner Bedeutung relativiert und der Blick auf übergreifende Zusammenhänge des ursprünglichen Problems leichter, so daß auch andere neue Lösungsmöglichkeiten im Auswertungsgespräch eher ins Auge gefaßt werden können.

3.3 Der Umgang mit dem Testresultat im Auswertungsgespräch

Bei therapeutischer Intention hat es sich meiner Erfahrung nach oft als nicht günstig erwiesen, gleich mit Referierung der Ergebnisse quasi mit der Tür ins Haus zu fallen und so dem Gespräch die Spannung zu nehmen. Sollte nicht bereits unmittelbar vor oder nach der Testung über Motivation und Tagesform des Kindes gesprochen worden sein, so kann dies einen geeigneten Anfang bilden. So läßt sich (noch einmal) der Stellenwert des Tests für Eltern und Kind erörtern. Stimmen die Befragten mit der Einschätzung der Tagesform überein? Wenn nicht, wie sehen es die anderen und warum? Was glaubt (eine der beteiligten Personen), was bei der Untersuchung herausgekommen ist? Hätte das Kind an einem anderen Tag (in anderer Situation etc.) einer anderen Person bessere oder eher schlechtere Leistungen gezeigt? Wem hätte es am liebsten seine „Spitzen“, wem eher die „dummen“ oder „schlechten“ Seiten offenbart?

Bei all diesen Fragen ergibt sich meist eine passende Gelegenheit, in einem kurzen Exkurs die Testwerte darzulegen. In sehr vielen Fällen, etwa bei deutlich guter Leistungsfähigkeit oder unübersehbaren Rückständen bzw. Behinderung, wird es für die Familie und andere Beteiligte kaum überraschend sein; doch läßt sich hier bei geschickter Darstellung noch manch neue Möglichkeit

des Umgangs mit dem Problem einbauen. Spannend, oft gar heikel sind Grenzbefunde, z. B. bei Intelligenzuntersuchungen zwischen „Norm“ und „Lernbehinderung“ oder „Lern-“ und „geistiger Behinderung“, die ja auch für die schulische Laufbahn von großer Bedeutung werden können. Gerade in diesen Fällen kann sich eine diagnostische Festlegung bzw. Etikettierung als Einengung von Entwicklungsmöglichkeiten auswirken, gerade hier ist die Relativierung durch Kontextualisierung sinnvoll und nützlich. So wird es nun besonders zweckmäßig sein, nach Mitteilung eines solchen Grenzbefundes mit den zirkulären und hypothetischen Fragen fortzufahren:

Wer glaubt am ehesten, das Kind *wollte* nicht seine besten Leistungen zeigen? Wer glaubt eher, es *konnte* nicht? Wann haben sich Vater bzw. Mutter oder andere zu dieser Einschätzung entschieden? Fast immer wird in den Familien, die ein Kind mit Leistungs- oder Entwicklungsstörungen vorstellen, eine heftige Kontroverse darüber ausgetragen, ob das Kind „dumm“ oder „faul“ ist. An dieser Stelle bietet sich eine gute Gelegenheit, die oft recht rigiden Zuschreibungen zu relativieren: Wie bringt das Kind den Vater zu der Auffassung, es sei „nur faul“? Wie veranlaßt es die Mutter zu dem Gedanken, es könne nicht mehr? Warum würde es z. B. der Mutter eher seine stärkeren und warum z. B. dem Vater eher die schwächeren Seiten zeigen?

3.4 Der Abschlußkommentar zur Ausgangsfragestellung

Im Abschlußkommentar dieses Gesprächs wird eine Bewertung des Testresultats und natürlich eine Empfehlung zum weiteren Vorgehen erwartet. Besonders bei unangenehmen Befunden (z. B. unterhalb der Norm), aber auch bei anderen Ergebnissen, die bestehenden Erwartungen besonders gut entsprechen bzw. gut geeignet sind, neue feste Erwartungsmuster zu etablieren, wird es nun wichtig sein, Entwicklungsmöglichkeiten offenzuhalten oder gar zu erweitern, indem positive oder nützliche Aspekte des Problems hervorgehoben werden und der Fokus vom Thema „Defizit“ des Kindes z. B. auf kontextuelle Gegebenheiten gelenkt wird.

Ausgehend von den Informationen, die sich aus der Befragung ergeben haben, mag nun die „Lernbehinderung“ als sinnvolles und funktionales „Sich-dümmer-stellen“ konnotiert werden, das dem Kind dazu dienen könnte, Ehrgeiz oder Erwartungshorizont der Eltern zu reduzieren, sich so von Ansprüchen zu entlasten und Zeit für seine Entwicklung zu gewinnen, die es eventuell mehr als andere Kinder benötigt. Wenn diese Haltung, sein Licht unter den Scheffel zu stellen, aber zur festen Gewohnheit geworden ist oder in übertriebener Weise praktiziert wird, kann man als Berater trotzdem eine Einzelförderung oder -therapie empfehlen. Diese könnte man als Hilfe für Kind *und* Eltern definieren, indem sie letzteren Förderanregungen vermitteln und ein Stück Entlastung von Verantwortung für die kindliche Entwicklung geben kann.

Sollte bei ähnlichem Befund („Intelligenzdefizit“ oder „Lernbehinderung“) nur seitens der Schule, nicht aber von den Eltern um Hilfe ersucht werden, ließe sich eine Einzeltherapie u. U. als Hilfe für die Lehrerin darstellen. Die Eltern würden sich durch ihr Sorgen für die Durch-

führung kooperationsbereit gegenüber der Schule zeigen.

Rigides Festhalten der Eltern an überhöhten Leistungserwartungen und ein entsprechend hartnäckiger Kampf gegen die Schule läßt sich oft passend als Ausdruck elterlicher Verantwortungsbereitschaft und bedingungsloser Einsatz für ihr Kind darstellen. Im umgekehrten Falle ließe sich die Sorge der Schule um angemessene Behandlung als gutes Engagement positiv hervorheben.

4 Fallbeispiele

Ein Ehepaar stellt den 9jährigen Sohn C. vor, weil er in der Schule schon seit langem stark „herumkaspere“. Auch zuhause sei C. oft zappelig, bei den Hausaufgaben allerdings in noch tolerablem Rahmen. Der Junge sei z. Zt. noch in kinderpsychotherapeutischer Behandlung. Die Befragung über den Kontext der Überweisung ergibt, daß die Eltern von sich aus wenige gravierende Probleme sehen und nun lediglich den Empfehlungen der Experten nachkommen, um nichts versäumt zu haben. Außer einer Testung auf Teilleistungsstörungen und Intelligenz, – die „Zappeligkeit“ tritt besonders in Anforderungssituationen auf –, scheint hier für den Psychologen keine weitere Aufgabe vorzuliegen, wird doch der Bereich der Therapie samt zugehöriger Elternberatung bereits abgedeckt. Da der überweisende Arzt jedoch einen Anspruch auf einen Tätigkeitsnachweis und Resultate hat, erfolgt eine Routineuntersuchung, die Normal IQs und visuelle Perzeptionsstörungen ergibt. Bei den deutlich zu beobachtenden Leistungsschwankungen scheint jedoch auch die psychische Komponente eine große Rolle zu spielen. Weder beim Vor- noch beim Auswertungsgespräch sind größere Klippen zu umschiffen: Eltern und Therapeut sind in ihren Einschätzungen z. T. bestätigt, besondere Konsequenzen scheint die Untersuchung nicht nach sich zu ziehen. Der Fall wird ad acta gelegt.

6 Wochen später stellt sich heraus, daß der Überweisungskontext nicht sauber abgeklärt war: Voll Empörung ruft Cs Klassenlehrer an, er halte es für völlig ausgeschlossen, daß C. normal begabt sein könne. Das Testergebnis stehe ganz im Gegensatz zu seinen Erwartungen und erschwere ihm die Arbeit, wo doch eigentlich er die Familie zur Untersuchung geschickt habe, um seine Einschätzung und Empfehlung zur Sonderbeschulung bestätigen zu lassen. Der symmetrische Kampf zwischen Schule und Elternhaus war voll im Gange und wurde unbeabsichtigterweise durch den Test noch angeheizt.

Eine ähnliche Konstellation wird auch im Fall des 8jährigen L. während der zirkulären Befragung im Auswertungsgespräch deutlich: Bei unterschiedlichen Einschätzungen seiner intellektuellen Leistungsfähigkeit zwischen Klassenlehrerin, Schullektor und Eltern zeigen sich in den Intelligenztests ebenso unterschiedliche IQs (zwischen 72 und 103). Diese Mitteilung der Ergebnisse ist für den Vater Ls, der in der Erwachsenenbildung und somit einer den Lehrern verwandten Profession tätig ist, gewissermaßen der Startschuß für eine Eskalation seines Kampfes gegen die Schule – der IQ dient als Waffe gegen äußere Feinde (vgl. auch ein ähnliches Phänomen: KILIAN, 1989). L. soll gleichzeitig einem scharfen häuslichen Übungsprogramm – trotz täglich mehrstündigen Kampfes um die Hausaufgaben – unterzogen werden, das ihn zum Erfolg zwingen und letztendlich auch als Kampfinstrument gegen die Schule eingesetzt werden soll. Bereits im Gespräch droht sich diese Eskalation aufzuschaukeln, als den Eltern die Parteinahme des Diagnostikers für ihre Sache ungenügend erscheint. Erst als sie für ihren unermüdlichen Ein-

satz für das schulische Fortkommen des Sohnes deutliche Anerkennung erhalten haben, sind sie schließlich bereit, die hypothetische Frage nach möglichen Konsequenzen einer weiteren Eskalation zwischen Schule und Elternhaus überhaupt anzuhören und sich dann potentielle Loyalitätskonflikte des Kindes vorzustellen.

5 Mögliche Funktionen von Diagnostikaufträgen in „Problem-Systemen“

Anhand der beiden Fallbeispiele wird deutlich, daß eine Kontextanalyse des Auftrags oft mehr als die erscheinenden oder anmeldenden Personen und die Vorgeschichte einbeziehen muß. Dabei konstellieren sich im Gespräch stets bestimmte Beziehungsmuster. 2 Grundmuster in den Interaktionen werden dabei nützlicherweise unterschieden: symmetrische und komplementäre (s. hierzu WATZLAWICK, 1969; SIMON & WEBER, 1987). Es ist oft wichtig, in der Befragung die vorherrschenden Muster zu eruieren. Grundsätzlich sind hierbei 3 Fragen zu klären:

- a) Wen soll man als zum „problem determined system“ (GOOLISHIAN & ANDERSON 1988) zugehörig betrachten? Dies ist oft eine schwierige Angelegenheit und von großer Bedeutung für eine u. U. zu treffende Settingauswahl (LOTH, 1989). Eine sorgfältige Befragung kann hierzu viel beitragen. Das 1. Fallbeispiel hat gezeigt, welche kontraproduktiven Folgen es haben kann, wenn man wichtige Personen vergißt.
- b) Welches sind die Beziehungsmuster innerhalb des definierten Problemsystems? Hier geht es um die Unterscheidung zwischen symmetrischer (auf Gleichheit beruhender) und komplementärer (auf Unterschieden basierender) Interaktion. Ganz eng mit dieser hängt die 3. Frage zusammen.
- c) Zu welchem Beziehungsmuster lädt die Familie bzw. der Klient den Psychologen ein? Es bedeutet für den Diagnostiker einen erheblichen Unterschied, ob er z. B. „entscheiden“ soll, inwieweit Vater oder Mutter die Leistungen der Tochter „korrekter“ einschätzen können, – wer also in dieser Frage „recht“ hat –, oder ob er „beurteilen“ soll, welche der anderen Instanzen, Klinik A oder Beratungsstelle B, die „bessere“ Diagnose erstellte, oder ob Überweiser und Familie das Schicksal des Kindes ganz in seine kompetenten Hände legen wollen.

In verkürzter und typisiert-übersteigter Form lassen sich 2 (von vielen möglichen) Funktionen des Diagnostikauftrags im Gesamtsystem so beschreiben:

- „Schiedsrichter“: Die präsentierten Aufträge beinhalten oft Entweder-Oder-Fragen wie „Grund oder Sonderschule“, „erblich oder erziehungsbedingt“, „dumm oder faul“ etc. Der Untersucher soll sich möglichst auf eine der beiden vorgegebenen Seiten schlagen. Läßt er sich jedoch vorwiegend auf diese inhaltliche Ebene ein, zeigt sich oft, daß ihm die offerierte Schiedsrichterrolle sofort entzogen wird, indem sein

Beitrag von einer Partei, gelegentlich auch von allen, abgewertet oder angezweifelt wird. Sein „Schiedsspruch“ heizt das symmetrische Spiel, zu dem er eingeladen wurde, erst richtig an.

- „Halbgott“: Die Ratsuchenden stellen den Experten auf den Sockel, betonen dessen Kompetenz und die eigene Unwissenheit. Die Verantwortung für alle weiteren Schritte wird ihm übertragen (s. hierzu auch KILIAN, 1989); was entlastend, u. U. aber auch entmündigend auf das System wirken kann. Auf jeden Fall überfordert es den Diagnostiker, der sich bei unvermeidlich auftretenden Fehlurteilen dann noch entsprechenden Vorwürfen aus dem System ausgesetzt sieht.

6 Schlußbemerkung

Ließe sich – so wird nun vielleicht mancher Leser fragen – eine solchermaßen kontextualisierte Diagnostik nicht auch als raffiniert garnierte und getarnte „klassische“ Diagnostik begreifen? Der Konstruktivist würde sagen, es komme bei der Beantwortung dieser Frage mehr auf den eigenen Standpunkt an, gewissermaßen auf die Hintergedanken. Die praktischen Auswirkungen der hier skizzierten Vorgehensweise können u. a. sein:

- weniger bzw. weniger aufwendige Untersuchungen zugunsten des Dialogs,
- Relativierung der Ergebnisse,
- Erarbeitung von Einstiegen, auf der Systemebene Anstöße zu Problemlösungen zu geben,
- Betonung der Eigenverantwortung der Ratsuchenden.

Summary

Psychological Testing as a Possibility for Systemic Intervention? Some Considerations on Tests and the Systemic Approach

Proceeding from contradicting practical requirements some reflections are being made on the possibility of using psycho-diagnostic requests for systemic short interventions in „problem determined systems“. Referred to a standard diagnostic situation some possible circular and hypothetic questions of a first interview and potential new interpretations within a concluding statement are listed and being illustrated with 2 case studies. There are finally some considerations on possible functions of requests for psychological testing in „problem-determined systems“.

Literatur

- BOSCOLO, L./CECCHIN, G./HOFFMANN, L./PENN, P. (1988): Familientherapie – Systemtherapie. Das Mailänder Modell. Dortmund: Verlag modernes Lernen. – CECCHIN, G. (1988): Zum gegenwärtigen Stand von Hypothesisieren, Zirkularität, Neutralität: Eine Einladung zur Neugier. *Familiendynamik* 3, 190–203. – CRONBACH, L.J. und GLESER, G.C. (1965): *Psychological tests and personnel decisions*. Urbana: University of Illinois Press. zit. nach PAWLIK, K. (1982): Diagnose der Diagnostik. – GOOLISHIAN, H. & ANDERSON, H. (1988): Menschliche Systeme. Vor welche Probleme sie uns stellen und wie wir mit ihnen arbeiten. In: REITER, L./BRUNNER, E.J./REITER-THEIL, S. (Hrsg.) (1988): *Von der Familientherapie zur systemischen Perspektive*. Berlin: Springer. – INGENKAMP, K.H. (1985): Lehrbuch der pädagogischen Diagnostik. Weinheim: Beltz. – JÄGER, R.S./HORN, R./INGENKAMP, K.H. (1985): *Tests und Trends* 4. Weinheim: Beltz. – KAMINSKI, G. (1982): Rahmentheoretische Überlegungen zur Taxonomie psychodiagnostischer Prozesse. In: PAWLIK, K. (Hrsg.): *Diagnose der Diagnostik*, 45–70, Stuttgart: Klett. – KILIAN, H. (1989): Eine systemische Betrachtung zur Hyperaktivität – Überlegungen und Fallbeispiele. *Prax. Kinderpsychol. Kinderpsychiat.* 38, 90–96. – KILIAN, H. (1989): Einige Anmerkungen zu Frühförderung und -therapie aus systemischer Sicht. *Prax. Kinderpsychol. Kinderpsychiat.* 38, 277–282. – LEICHTNER, R. (1979): *Psychologische Diagnostik. Grundlagen, Kontroversen, Praxisprobleme*. Weinheim: Beltz. – LIENERT, G.A. (1969): *Testaufbau und Testanalyse*. Weinheim: Beltz. – LOTH, W. (1989): Die Setting-Auswahl: Fragen und Überlegungen zum Verhältnis von Theorie und therapeutischem Alltag. *Familiendynamik*, 147–162. – LUDEWIG, K. (1987): 10+1 Leitätze bzw. Leitfragen. *Z. System. Therapie* 5, 178–191. – MATUREANA, H.R. & VARELA, F.J. (1987): Der Baum der Erkenntnis. Bern: Scherz. – PAWLIK, K. (1982): Modell- und Praxisdimensionen psychologischer Diagnostik. In: PAWLIK, K. (Hrsg.): *Diagnose der Diagnostik*, 13–43. Stuttgart: Klett. – SCHIEPEK, G. (1986): *Systemische Diagnostik in der Klinischen Psychologie*. Weinheim: Beltz. – SELVINI-PALAZZOLI, M./BOSCOLO, L./CECCHIN, G./PRATA, G. (1981): Hypothesisieren, Zirkularität, Neutralität: Drei Richtlinien für den Leiter der Sitzung. *Familiendynamik* 6, 138–147. – SIMON, F.B. & WEBER, G. (1987): It's more fun to compete. Über den therapeutischen Umgang mit hochsymmetrischen Beziehungen. *Familiendynamik* 2, 176–181. – WATZLAWICK, P./BEAVIN, J./JACKSON, D. (1969): *Menschliche Kommunikation. Formen, Störungen, Paradoxien*. Bern: Huber. – WATZLAWICK, P. (1985): Wirklichkeitsanpassung oder angepasste „Wirklichkeit“? Konstruktivismus und Psychotherapie. In: WATZLAWICK, P. (Hrsg.) (1988): *Münchhausens Zopf*. Bern: Huber. 103–116. – WEBER, G. & STIERLIN, H. (1989): *In Liebe entzweit. Die Heidelberger Familientherapie der Magersucht*. Reinbek: Rowohlt.

Anschr. d. Verf.: Dipl.-Psych. Heiko Kilian, Sozialpädiatrisches Zentrum, Johannes-Anstalten, 6950 Mosbach.