

Baumgärtel, Frank

Die Rolle projektiver Verfahren in der therapieorientierten Diagnostik

Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie 30 (1981) 3, S. 77-80

urn:nbn:de:bsz-psydok-28389

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

Nachruf Prof. Dr. med. Hubert Harbauer (Obituary Prof. Dr. med. Hubert Harbauer)	1
Johann Zauner 60 Jahre (Johann Zauner 60 Years) ..	153
Rudolf Adam 60 Jahre (Rudolf Adam 60 Years)	265

Aus Praxis und Forschung

G. Baethge: Kindertherapie oder Familientherapie? (Child Therapy or Family Therapy?)	159
F. Baumgärtel: Die Rolle projektiver Verfahren in der therapieorientierten Diagnostik (The Function of Projective Methods in Therapy-centered Diagnostics) ..	77
E. H. Bottenberg: Persönlichkeitspsychologische Analyse der „Vorstellung vom eigenen Helfen“ (VEH) (Personality-psychological Analysis of the "Idea of own Helping" (VEH)	124
E. H. Bottenberg: Prosoziales Verhalten bei Kindern: „Vorstellung vom eigenen Helfen“ (VEH), Persönlichkeitskontext und Dimensionen des elterlichen Erziehungsstiles (Prosocial Behavior in Children: "Idea of own Helping" (VEH), Personality Context, and Dimensions of Parental Child-rearing Style)	137
M. B. Buchholz: Psychoanalyse — Familientherapie — Systemtheorie: Kritische Bemerkungen zur These vom Paradigmawechsel (Psychoanalysis—Family Therapy—System Theory: Critical Remarks upon the Theory Concerning a Change of Paradigm)	48
G. Deegener, Ch. Jacoby u. M. Kläser: Tod des Vaters und seine Bedeutung für die weitere Entwicklung des Kindes: eine retrospektive Studie (Death of the Father and its Importance for the Psychosocial Development of the Children)	205
M. Fuchs: Beziehungsstörungen und Funktionelle Entspannungstherapie (Disturbed Personal Relations and Functional Relation Therapy)	243
U. Gerhardt: Familientherapie — Theoretische Konzeptionen und praktische Wirklichkeit — Ergebnisse einer Umfrage (Family Therapy in Theory and Practice) ..	274
P. Hälgi: Symbolik und Verlauf in der Therapie eines dreizehnjährigen Stotterers mit dem katathymen Bilderleben (Symbolism and Process in a Short Term Therapy of a Male Juvenile Stutterer using the Day Dream Technique of Guided Affective Imagery (GAI))	236
H. Kury u. Th. Deutschbein: Zur Erfassung gesprächstherapeutischer Prozessvariablen anhand von Bandaufzeichnungen (Collecting Data by Tape Recordings on Process Variables in Clientcentered Psychotherapy) ..	2
J. Leistikow: Ein Wechselwirkungsmodell zur Ableitung von Therapieentscheidungen aus diagnostischen Informationen (A Model of Reciprocal Action for Arriving at Therapeutic Decisions on the Basis of Information Obtained in Diagnostics)	118
G. Lischke-Naumann, A. Lorenz-Weiss u. B. Sandock: Das autogene Training in der therapeutischen Kindergruppe (Autogenous Training in Group Psychotherapy with Children)	109
E. Löschenkohl u. G. Erlacher: Kinder an chirurgischen Stationen: Überprüfung eines kognitiv orientierten Interventionsprogrammes zur Reduktion von Verhaltensstörungen (Children in a Surgical Ward: A Cognitive Intervention Program for Reducing Behavioral Disorders)	81
B. Mangold u. W. Obendorf: Bedeutung der familiären Beziehungsdynamik in der Förderungsarbeit und Therapie mit behinderten Kindern (The Significance of the Dynamics of Family Relationships in Regard to Management of Retarded Children)	12

F. Mattejat: Schulphobie: Klinik und Therapie (School Phobia: Clinical and Therapeutic Aspects)	292
U. Rauchfleisch: Alters- und geschlechtsspezifische Veränderungen der Frustrationsreaktion bei Kindern und Jugendlichen (Age-and Sex-related Changes in the Reaction to Frustration in Children and Adolescents) ..	55
Ch. Reimer u. G. Burzig: Zur Psychoanalytischen Psychologie der Latenzzeit (Some Considerations upon Psychoanalytic Psychology of the Latency Period) ..	33
V. Riegels: Zur Interferenzneigung bei Kindern mit minimaler zerebraler Dysfunktion (MZD) (Interference Tendencies in Children with Minimum Cerebral Dysfunction (MCD))	210
M. Rösler: Befunde beim neurotischen Mutismus der Kinder — Eine Untersuchung an 32 mutistischen Kindern (An Investigation of Neurotic Mutism in Children—Report on a Study of 32 Subjects)	187
J. Rogner u. H. Hoffelner: Differentielle Effekte einer mehrdimensionalen Sprachheilbehandlung (Differentiated Effects of a Multi-dimensional Speech Therapy) ..	195
U. Seidel: Psychodrama und Körperarbeit (Psychodrama and Bodywork)	154
G. H. Seidler: Psycho-soziale Aspekte des Umgangs mit der Diagnose und der intra-familiären Coping-Mechanismen bei Spina bifida- und Hydrocephaluskindern (Psycho-social Aspects of Coping with Diagnosis and of Related Family Dynamics in Families Having Children Afflicted with spina bifida and Hydrocephalus)	39
R. Schleiffer: Zur Psychodynamik des Gilles de la Tourette-Syndroms (Psychodynamic Considerations in Gilles de la Tourette's Syndrome)	199
H.-Ch. Steinhausen u. D. Göbel: Die Symptomatik in einer kinder- und jugendpsychiatrischen Population: I. Erhebungsmethode und Prävalenzraten (Symptoms in a Child and Adolescent Psychiatric Population: 1. Methodology and Prevalence)	231
A. Stieber-Schmidt: Zur Arbeit im „Realitätsraum“ einer Jugendlichen-Station in einer psychotherapeutischen Klinik (Observations on Adolescent Clinical Psychotherapy)	247
W. Vollmoeller: Zur Problematik von Entwicklungskrisen im Jugendalter (On Problems of the Concept of Juvenile Crisis)	286
H. R. Wohnlich: Die psychosomatisch-psychotherapeutische Abteilung der Universitäts-Kinderklinik Zürich: Krankengut, Organisation und therapeutisches Konzept (Psychosomatic-psychotherapeutic Ward of the Children's Hospital Zürich: Patients, Organisation, Therapeutic Concept)	266

Pädagogik, Jugendpflege, Fürsorge

H. Budde u. H. Rau: Unterbringung von verhaltensauffälligen Kindern in Pflegefamilien — Erfahrungen bei der Auswahl und Differenzierung im Rahmen eines Pflegeelternprojektes (Selection and Differentiation of Foster Families for Behaviorally Disturbed Children)	165
G. Deegener: Ergebnisse mit dem Preschool Embedded Figures Test bei fünfjährigen deutschen Kindergartenkindern (Results with the Preschool Embedded Figures Test on Five-Year-Old Children)	144
G. Glissen u. K.-J. Kluge: Berufliche Unterstützung und Förderung von Pädagogen in einem Heim für verhaltensauffällige Schüler (Occupational Assistance and Promotion of the Pedagogic Staff in a Home for Behaviorally Disturbed School Children)	174

K.-J. Kluge u. B. Strassburg: Wollen Jugendliche durch Alkoholkonsum Hemmungen ablegen, Kontakte knüpfen bzw. ihre Probleme ertränken? (Alcohol Abuse in Adolescents—A Means of Discarding Inhibitions, of Establishing Contacts, or of Drowning One's Problems)	24	zieherinnen (The Problem of Social Desirability in a Survey of Motives for Choosing the Profession Aspired to with Trainees at Training Colleges for Welfare Workers)	214
K.-J. Kluge: Statt Strafen logische Konsequenzen (Logic Consequences Instead of Punishment)	95	Tagungsberichte	
F. Mattejat u. J. Jungmann: Einübung sozialer Kompetenz (A Group Therapy Program for Developing and Exercising Competent Social Behaviour)	62	H. Remschmidt: Bericht über die 17. Wissenschaftliche Tagung der Deutschen Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie in München vom 25.–27.5.1981 (Report of the 17th Scientific Meeting of the German Association for Child and Adolescent Psychiatry in Munich, May 25–27, 1981)	223
L. Merckens: Motivationspsychologische Erwägungen bei der Planung und Durchführung des Unterrichts in der Körperbehindertenschule (Psychological Considerations on Motivation for the Planning and Realization of Teaching in Schools for the Physically Handicapped)	305	G. Wolff u. J. Brix: Bericht über eine Arbeitstagung zum Thema „Psychosoziale Betreuung onkologisch erkrankter Kinder und ihrer Familien“ in Heidelberg vom 3.10.–5.10.1980 (Report on a Workshop on: "Psychosocial Care for Children as Tumor Patients and for Their Families", Heidelberg October 3–5, 1980)	100
I. Milz: Die Bedeutung der Montessori-Pädagogik für die Behandlung von Kindern mit Teilleistungsschwächen (The Significance of the Montessori Teaching Method in the Treatment of Children with Partial Performance Disorders)	298	Kurzmitteilung	
F. Petermann: Eltern- und Erziehertraining für den Umgang mit aggressiven Kindern (Parents and Educator Training with Regard to Aggressive Child's Behavior)	217	A. R. Bodenheimer: Vom Unberuf des Psychiaters (Psychiatrist—the Non-Profession)	103
J. Peters: Systematische Förderung von Selbstsicherheit und Selbstbehauptung bei Heimkindern (Training of Self-reliance and Assertiveness with Orphanage-children)	182	Literaturberichte: Buchbesprechungen (Bookreviews)	
R. Rameckers u. W. Wertenbroch: Prophylaxe von Verhaltensauffälligkeiten als Aufgabe von Kindergärten (The Prevention of Inadequate Behaviour in Kindergarten)	70	Affemann, Rudolf: Woran können wir uns halten? — Kompaß durch die Konfliktfelder unserer Zeit — Erfahrungen eines Psychotherapeuten	226
J. R. Schultheis: Verhaltensprobleme im Berufsschulalter unter dem Aspekt der Realitätstherapie (The Significance of Reality Therapy in Regard to Behavior Problems of Adolescents Receiving Vocational Education)	256	Antoch, Robert F.: Von der Kommunikation zur Kooperation. Studien zur individualpsychologischen Theorie und Praxis	227
J. Wienhues: Der Einfluß von Schulunterricht auf die Konzentrationsfähigkeit von Kindern im Krankenhaus (Hospitalization from the Point of View of Children in Secondary School Results from a Questionnaire)	18	Hau, Theodor, R.: Psychoanalytische Perspektiven der Persönlichkeit	107
J. Wienhues: Schulunterricht im Krankenhaus als Kompensations- und Rehabilitationsfaktor (Schoolteaching in the Hospital - a Factor of Compensation and Rehabilitation)	91	Halsey, A. D. (Hrsg.): Vererbung und Umwelt	105
H. Zern: Zum Problem „Sozialer Erwünschtheit“ bei der Erfassung von Berufswahlmotiven angehender Er-		Hellwig, Heilwig: Zur psychoanalytischen Behandlung von schwergestörten Neurosekranken	107
		Hommes, Ulrich (Hrsg.): Es liegt an uns — Gespräche auf der Suche nach Sinn	227
		Kellmer Pringle, Mia: Eine bessere Zukunft für Kinder	105
		Kuhmerker, Lisa, Mentkowski, Marcia u. Erickson, Lois (eds): Zur Evaluation der Wertentwicklung .	106
		Schmidt, Hans Dieter, Richter, Evelyn: Entwicklungswunder Mensch	227
		Mitteilungen (Announcements) 76, 108, 150, 186, 228, 262, 313	

Aus Praxis und Forschung

Die Rolle projektiver Verfahren in der therapieorientierten Diagnostik

Von Frank Baumgärtel

Zusammenfassung

In Frage gestellt wird gegenwärtig die Einheit von Diagnostik und Therapie. In diesem Aufsatz wird unterschieden zwischen personaler und modellmäßiger Einheit. Ist die erstere kaum noch zu realisieren, wenn man verantwortungsvoll arbeiten will, so ist letztere als unabdingbar zu fordern.

Dies wird an den Unterschieden von *Psycho-* und *Verhaltens-*therapie erläutert. Anhand des Isomorphieproblems, der konkurrierenden Validität und der Probleme klinischer Urteilsbildung werden die Möglichkeiten der projektiven Verfahren in der auf die *Psycho-*Therapie bezogenen Diagnostik gezeigt. Abschließend wird auf die Nützlichkeit des beschriebenen Vorgehens für die Autosupervision der Psychotherapeuten hingewiesen.

Der folgende Beitrag soll weniger systematische Ansätze zum Diagnostikprozeß mit statistischer oder logischer Abgrenzung behandeln, sondern er soll sich im wesentlichen auf eine Praxisproblematik beziehen. Obgleich im Titel eine Eingrenzung auf projektive diagnostische Verfahren erfolgt ist, so soll dies jedoch erst im zweiten Teil behandelt werden. Die allgemeinen Ansätze gelten aber auch über diese Testverfahren hinaus.

In letzter Zeit wird gelegentlich die Einheit der Diagnostik und der Therapie angegriffen (vgl. *Plaum*, 1979 a, b). Dies hat meines Erachtens insofern eine Berechtigung, als es nicht in jedem Falle eine *personale* Einheit sein kann, da sowohl das Feld der Therapie wie das der Diagnostik mittlerweile so umfangreich geworden ist, daß der Einzelne, wollte er beide Teile berücksichtigen, zum oberflächlichen Arbeiten oder Dilettieren gezwungen sein kann. Wenn ich hier von Einheit spreche, so meine ich damit die einheitlichen Bezugsrahmen für beide Felder, nämlich im Sinne eines einheitlichen oder gemeinsam verwendeten Persönlichkeitsmodells, einer vergleichbaren Vorgehensweise und vielleicht auch der Verwendung gleichartigen Materials.

So ist es z.B. absurd, im Falle eines Kindes mit motorischer Unruhe in der Schule, das zur *Kinderpsychotherapie*

angemeldet ist, eine Verhaltensbaseline über die motorische Unruhe zu erheben, wenn andererseits der Therapeut z.B. als erstes vor dem Problem steht, daß das Kind sich weigert, mit ihm ins Spielzimmer zu kommen.

Wenn auch im folgenden über solche praktischen Fragen gesprochen werden soll, so komme ich nicht umhin, vorher noch einige Modellerklärungen zu geben. Wie an anderer Stelle (*Baumgärtel*, 1976a) aufgeführt, nehme ich an, daß wir die folgenden drei Ausgangsgegebenheiten vorfinden:

- strukturelle (personale) Gegebenheiten beim Klienten: hierunter werden Konstitution, Gedächtnis, Fähigkeiten, Interessen, Erfahrungen gezählt.
- Dynamische oder Transformationsmechanismen beim Klienten: hier sind zu unterscheiden die kognitiven (Aufmerksamkeit, Wahrnehmung, Denken, Problemlösen...), die motivationalen (Motivation, Aktivierung, Bewertung) und die emotionalen (Freude, Trauer...).
- Die situativen Gegebenheiten: Diese können wir unterteilen in individuelle (Herkunft, Lebensumstände, Bezugspersonen) und gesellschaftliche (Zeitgeist, soziale Bewertung, soziale Rollen).

Wir setzen voraus, daß die allgemeine, die differentielle und die soziale Psychologie uns hinreichend Kenntnisse über das vermittelt haben, was wir als personale Gegebenheiten, Transformationsmechanismen und situative Gegebenheiten bezeichnet haben. Danach hat die Diagnostik nur dann Sinn, wenn unter einem beliebigen Gesichtspunkt Entscheidungen zu fällen sind. Bezogen auf die uns vorliegende Diagnostik heißt das:

- Die Gesellschaft oder einer ihrer Repräsentanten hat ein Interesse daran, welchen Nutzen ein Individuum im Vergleich zu seinen Kosten erbringt. Wir nennen dies *Statusdiagnostik*: Eine Diagnose, die zu einem beliebigen Zeitpunkt eine Voraussage über die personalen Gegebenheiten zu eben diesem Zeitpunkt macht.
- Es soll festgestellt werden, in welchem Maße ein Individuum gemessen an seinem Ausgangszustand unter Berücksichtigung seiner Transformationsmechanismen im Realbild vom Idealbild abweicht. Dies bezeichnen wir als *Defektdiagnostik*. Hierbei wird der gegenwärtige Status zu diesem

Zeitpunkt (als Funktion der personalen Gegebenheiten und Transformationsmechanismen) verglichen mit dem idealen Zustand (als Funktion des Ausgangszustandes und eben dieser Transformationsmechanismen).

– Aufgrund eines unabhängigen kulturell gesetzten Kriteriums wird das Individuum als „abgewichen von der Erwartung“ klassifiziert. Die Diagnostik hat nun eine Feststellung zu treffen, mit welchen Kosten (quantitativer und qualitativer Art) zu rechnen ist, um die Erwartungsabweichung zu minimalisieren. Dies ist das eigentliche Anliegen der *Therapiediagnostik*. Hierbei wird der gegenwärtige Status mit der Voraussage der personalen Gegebenheiten zu einem späteren Zeitpunkt festgestellt, wobei die zu treffenden Maßnahmen mit ihren möglichen Wirkungen berücksichtigt werden.

Eine solche Unterscheidung scheint mir sinnvoller zu sein, als die von Pawlik (1976) getroffene Unterscheidung in Status- vs. Prozeßdiagnostik (wohin sollte man z.B. die Diagnostik von Fähigkeiten zum Erlernen einer Sprache im Pawlik'schen System stecken).

Da unser Thema einerseits Diagnostik und andererseits die Therapie berücksichtigt, müssen wir, nachdem wir die diagnostischen Aufgaben formuliert haben, einmal auf die *Therapieaufgaben* zu sprechen kommen:

Aussagen über und Erwartungen an die Therapie müssen sich zwangsläufig auf die im Modell genannten Gegenstände beziehen: Zu berücksichtigen ist dabei, daß wir hier von „Psycho“-Therapie sprechen, d.h. es werden Gegebenheiten mit „Quasi“-Konstruktcharakter genommen und keine Einzelverhaltensweisen.

Nun zur Betrachtung der Therapieaufgaben: Gehen wir aus von dem, was Baumgärtel (1976b) hierzu festgestellt hat:

1. Das Individuum lernt Verhaltensweisen und macht Erfahrungen zwar einzeln,
2. diese werden aber in der Entwicklung durch Integration und Differenzierung in die einzelnen Lebensbereiche gestalthaft eingegliedert.
3. Verbunden damit ist eine Generalisierung der Bewertung dieses Verhaltens (resp. des Gefüges der Lernsituation).
4. Unterstützt wird die Eingliederung und Generalisierung durch Abhebung vom Konkreten und Verlagerung in den Sprach-(kognitiven) Bereich.
5. Dieser Bereich hat eine geringere Dimensionalität und eine geringere Schärfe, mit der die Begriffe unterschieden sind. Zahlreiche Symbole stehen für mehrere Ereignisse oder Zustände (vgl. z.B. die unterschiedliche Bedeutung des Begriffes „Stuhl“). In der „Psycho“-Betrachtung im Gegensatz zur „Verhaltens“-Betrachtung gehe ich also aus von einem Gefüge (meist Funktionsgefüge).

Wie an anderer Stelle ausgeführt (Baumgärtel 1976a), strebt die *Psychotherapie* in erster Linie nach einer Veränderung der Bewertungsmatrix („Weltbild“ im Sinne Hofstätters, 1971, S.370), indem sie auf der Bewertungsmatrix ähnlich eingeordnete Erlebnisse in gestalthaften Situationen verändert. Die *Verhaltenstherapie* sieht die Bewertungsänderung als Folge einer Verhaltensänderung. Diese bewirkt, daß das Verhalten auf der Bewertungsmatrix an anderer Stelle eingeordnet wird (hier mag wohl auch eine Ursache für die häufig kritisierten „Symptomverschiebungen“ liegen). Wir wollen dies an einem Beispiel erläutern:

Ein Kind kommt mit Schulleistungsstörungen zur Erziehungsberatung, da keine organischen Ursachen festgestellt werden konnten. Der Anhänger einer *Verhaltens*-Therapie wird das Symptom so genau wie möglich bestimmen, nach den zu modifizierenden ursächlichen Variablen fragen und danach aus den möglichen Änderungsprinzipien das optimale auswählen. Der *Psycho*-Therapeut wird im Zuge einer dynamischen Psychodiagnostik neben der Feststellung der Verhaltensweisen noch nach den Erlebnisaspekten fragen und nach dynamischen Prinzipien der Wahrnehmung des Weltbildes. In der Psychotherapie werden nun (je nach Orientierung mehr oder minder systematisch) jene Situationen ursprünglicher oder aktueller Traumatisierung durchgearbeitet, die in ähnlicher Art erlebt und bewertet werden (es mögen dieses Geschwisterrivalitäten, ödipale oder anale Situationen sein). Durch die speziellen Arrangements der Therapie (Schonraum, minimale Bewertung, maximale Selbstbestimmung, Entlastung von Verantwortung) werden in vielfältiger Form Verhaltensweisen, Einstellungen und Erfahrungen verändert, die nicht in linearem Zusammenhang stehen, sondern durch multikausale und multifinale Interdependenzen verknüpft sind.

Wir kommen nun zu der Beziehung von Therapie und Diagnostik:

Als mögliche Ziele einer solchen Diagnostik können wir nennen:

Neben der Feststellung, welche Verhaltensweisen und Fähigkeiten das Individuum hat, kümmern wir uns vorrangig um eine Diagnose der *Struktur* und *Valenz* der Bewertungsmatrix. Als Diagnostiker will ich sehen:

- Welche Konflikte gibt es für das Individuum (Konflikte im Sinne der von Dollard und Miller beschriebenen Appetenz/Aversionskonflikte).
- Welche Lösungswege sind dem Individuum möglich.
- In welcher Weise ist die Wahrnehmung und die Verarbeitung des Wahrgenommenen deformiert (das Problem der Deformation und des Normbezuges haben wir an anderer Stelle (Baumgärtel, 1976a) diskutiert).

Was kann der Diagnostiker tun?

Er kann dazu eine Verhaltensbeobachtung des Klienten durchführen oder andere Bezugspersonen befragen oder den Klienten testen. Die ersten beiden Möglichkeiten sind meist zu unökonomisch oder intervenierende Variablen, wie z.B. die Wahrnehmungseinflüsse der anderen, machen eine Interpretation schwierig. Es bleibt also als ökonomisches Vorgehen zunächst das Testen. Hierbei sollen uns die Status- und Fähigkeitstests zunächst nicht interessieren. Wir wollen vielmehr aus dem Bereich der Persönlichkeitstests die projektiven Verfahren dahingehend untersuchen, welche spezifischen Möglichkeiten sie für die aufgeworfenen Fragen haben.

Vorher möchte ich jedoch noch einen Augenblick verweilen bei dem in neuester Zeit in den Vordergrund der Diskussion gehobenen Beziehungsaspekt der Psychotherapie. Hierbei wird besonders betont, daß das wesentliche therapeutische Agens die persönliche und einmalige Beziehung des Therapeuten zum Klienten und umgekehrt sei. Ich meine, daß bei diesem, sowohl in der Psychoanalyse wie auch in den humanistischen Therapien hervorgehobenen Standpunkt in gefährlicher Weise die Generalisationsfunktion von Verhalten und

Beziehung vernachlässigt wird: Wenn jede Beziehung einmalig sein soll, dann scheint es mir sinnlos, überhaupt zu therapieren. Wenn es das aber nicht ist, dann ist es meines Erachtens wieder gefährlich zu glauben, daß durch die spontane Beziehung zwischen Patient und Therapeut eine *repräsentative Stichprobe* der Beziehungsstörungen (Wahrnehmung, Bewertungs- und Verhaltenseigentümlichkeiten) vorhanden ist. Einen solchen Anspruch erhebe ich aber an die Diagnostik. Der Test wie auch das Experiment sollen eine planmäßige Provokation (in ökonomischer Weise) der Möglichkeiten des Patienten unter kontrollierten Bedingungen sein.

Ich meine, daß diese Aufgabe die projektiven Verfahren erfüllen können, da deren Reizstruktur durch langjährige Erfahrung mittlerweile bekannt ist (zumindest bekannter als die Reizstruktur eines beliebigen Therapeuten oder einer beliebigen therapeutischen Gruppe).

Was sind nun die Besonderheiten der projektiven Verfahren? Hierzu hat *Franck* (1939, zit. nach *Hörmann*, 1964) gesagt: Projektive Verfahren sind „Methoden, welche die Persönlichkeit dadurch untersuchen, daß sie die Versuchspersonen einer Situation gegenüberstellen, auf welche die Versuchsperson entsprechend der Bedeutung reagiert, die diese Situation für sie besitzt... Das Wesen eines projektiven Verfahrens liegt darin, daß es etwas hervorruft, was – auf verschiedene Art – Ausdruck der Eigenwelt, des Persönlichkeitsprozesses der Versuchsperson ist“.

Für den vorbelasteten Leser muß ich an dieser Stelle darauf hinweisen, daß das *Rorschachverfahren* nicht das einzige, aber sicher das am meisten gebrauchte und insofern vielleicht auch am besten durchleuchtete projektive Verfahren ist.

Wir kennen sehr zahlreiche projektive Verfahren, die wir z. B. gliedern können nach Realitätsgehalten: „real“: RPFT, Satzergänzungstest mit „ich“, Photos; „quasi-real“: Bildertests wie der MPT, TAT, *Symonds Picture Test*, MAPS, Zeichentests; „unreal“: *Rorschach*, HIT.

Schon sehr früh in die Diskussion wurde das *Isomorphieproblem* eingeführt: *Bierkens* (1968, S.58) sagt hierzu: „Es erweist sich als ein äußerst heikles Unterfangen, aus dem Test selber zu bestimmen, ob und unter welchen Umständen die festgestellten Persönlichkeitseigenschaften sich auch beim Auftreten der Person in der Öffentlichkeit manifestieren werden.“ Ich meine, daß dieser Skeptizismus aus einer Zeit resultiert, als man projektive Verfahren noch als allmächtig ansah (indem man mit Verdrängung, geheimen Wünschen, Undurchschaubarkeit für den Patienten usw. operierte). Wir wollen uns lieber fragen, was denn das Gemeinsame zwischen den projektiven Verfahren und der Therapiesituation sein könnte:

- a) Beide Situationen provozieren die Wahrnehmung des Patienten.
- b) Die Situation ist weitestgehend unstrukturiert und verlangt vom Klienten eine Strukturierung (dies besonders im klientenzentrierten Verfahren).
- c) Beide Situationen sind zunächst real bewertungsfrei, jede Bewertung erfolgt erst vom Patienten her (eigenständig oder durch phantasierte, übertragene Normen).

Damit scheint mir zunächst das Isomorphieproblem gelöst. Ich sehe in der Therapiesituation mit ihren großen Datenmengen hier ein Prüffeld für die Hypothesen aus den projektiven Verfahren (s. u.).

Bleiben wir weiter bei der wechselseitigen Beziehung von Diagnostik und Therapie. Die Therapiesituation mit den Daten, die sie liefert, sehe ich als Akt einer *konkurrierenden Validierung* für das Hypothesengefüge aus den projektiven Verfahren an. Dies gilt nicht nur für die Einzeltherapiesituation, sondern auch für die Gruppe, wie eine Reihe von Autoren nachweisen konnte (*Willi*, 1975 für Erwachsene; *Blanchard*, 1968 für Kinder und Jugendliche; *Bricklin*, 1975 für den gestalttherapeutischen Ansatz).

Mit dem Problem der konkurrierenden Validierung und den Hypothesenüberprüfungen kommen wir zur Frage der *klinischen Urteilsbildung*. Hier teile ich nicht den derzeit herrschenden Pessimismus, daß eine solche Urteilsbildung ohne maschinelle Hilfe sehr leicht ins Absurde abgeleitet, da der Diagnostiker meistens nicht mehr als drei bis vier Informationen verarbeiten kann. Wenn auch in den von *Leichner* (1978) zitierten Arbeiten festgestellt wird, daß bei Zunahme der Informationen der Diagnostiker und Therapeut vielleicht überfordert werden kann, so scheint es doch Möglichkeiten zu geben, dieser Überforderung vorzubeugen. Hierzu führt der eben genannte Autor das „deskriptive Modell des Hypothesentestens“ nach *Kozielecki* (1972) an: Kurz zusammengefaßt ist für dieses Modell wichtig, daß *Elstein* et al. (1971) fand, daß der Mensch nur 4 ± 1 Thesen gleichzeitig handhaben kann. Da die Zahl der real zu überprüfenden Hypothesen aber bedeutend größer ist, beschreibt *Kozielecki* die folgende Strategie: Der Diagnostiker ordnet seine Hypothesen in zwei Bereiche. Einmal einen Bereich mit sehr wenigen, sehr wahrscheinlichen Arbeitshypothesen und einen größeren Bereich, der vom Autor als „Catchall“ bezeichnet wird. Wenn eine Arbeitshypothese ausreichend bestätigt ist, dann wird sie der Endhypothese angegliedert, wenn nicht, kommt sie in den Catchall. Und aus diesem werden neue Hypothesen entnommen. Der diagnostische Prozeß hat hier allerdings nicht nur eine Abarbeitungsfunktion (Hypothesen testend), sondern häufig werden auch neue Hypothesen gesucht (Hypothesen generierend).

Dabei ist es wichtig, daß in beiden Fällen zunächst solche Informationen herangezogen werden, die möglichst vielen Hypothesen gemeinsam sind. Ein solches Vorgehen ermöglicht die simultane Testung einer größeren Zahl von Hypothesen. Sie müssen sich nicht notwendig auf Einzelmerkmale beziehen, sondern auch auf Merkmalsgefüge.

Für dieses, auch von anderen Autoren (vgl. *Bierkens*, 1968) beschriebene Vorgehen sehe ich allerdings ein wesentliches Problem, das auf die Ausbildung des Diagnostikers zurückgeht. Wir haben gegenwärtig in der Psychologie die Tendenz, weg von der Vermittlung und Erlernung einzelner Verhaltensweisen und -techniken wie auch einzelner diagnostischer Anzeichen hin zu einer ganzheitlichen Erfassung und Erfahrung der Situation des Klienten (z. B. besonders ausgeprägt in den humanistischen Therapierichtungen). Ich sehe hierin die sehr deutliche Gefahr einer stereotypisierend schließenden Erfahrung anstatt einer analytisch ordnenden Erfahrung. Diese Gefahr scheint mir besonders groß zu sein unter den Gesichtspunkten der Mehrdimensionalität von Symptomen und der Psychodynamik zwischenmenschlicher Beziehungen mit den jeweiligen historisch gewachsenen Erfahrungsbildern und der mehrschichtigen (oder mehrdi-

mensionalen) Kommunikation. Wenn *Plaum* (1979 a, b) unter anderem darstellt, daß durch die rasch wachsende Zahl von Forschungsergebnissen die Speicherfähigkeit des Diagnostikers oder Therapeuten überfordert ist, so kann es hier m.E. nur zu einer Verflachung und Simplifizierung der Urteils- und Interventionsfähigkeit des Psychologen kommen.

Als Ausweg bietet sich an, in der Ausbildung von Diagnostikern und Therapeuten eine Vorgehensweise zu schulen, die in Anlehnung an einen Begriff von *Guilford* mit „*divergentem Denken*“ bezeichnet wird: Hierbei werden zu Einzelanzeichen aus Tests oder zu Einzelverhaltensmerkmalen möglichst viele, möglichst unterschiedliche und nicht miteinander zu vereinbarende Hypothesen zur kausalen, finalen und strukturellen Bedeutung dieses Anzeichens gesucht. Mit jedem hinzukommenden Einzelanzeichen werden nun Übereinstimmungen geprüft, und durch gestalthaftes Gefügeordnen und den Vergleich mehrerer Hypothesengefüge wird immer wieder der Reiz ausgelöst, die Deutungen und Pläne für das diagnostische und therapeutische Vorgehen zu prüfen und ggf. der Realität (der erfahrenen Realität) anzupassen. Daß ein solches Vorgehen auch spontan aus der therapeutischen Erfahrung entspringen kann, sehen wir in der Darstellung von *Rowan* (1979), der es als eigene Strukturierungshilfe und als solche für den Klienten verwendet und der besseren Interpretierbarkeit halber die Einzelanzeigen zu „subpersonalities“ zusammenfaßt.

In dem beschriebenen Vorgehen sehe ich auch die Möglichkeit einer Selbstkontrolle für die in Einzelpraxis arbeitenden Kollegen. Wichtig ist dabei, daß die Hypothesengefüge unter Einbeziehung der eigenen Person und der verwendeten Anzeichen in jedem Falle schriftlich fixiert werden. Im zeitlichen Verlauf der Diagnostik und der Therapie ergeben sich durch „Übereinanderlegen“ immer deutlichere Hinweise für Verschiebungen, die (als Prozeßproblem) Therapieverläufe darstellen können oder (als Sicherheitsproblem) die Gefahr eines einengenden Arbeitens vermindern. In jedem Falle sollte man es als Warnzeichen ansehen, wenn sich über mehrere solcher Querschnitte keine Veränderungen ergeben.

Summary

The Function of Projective Methods in Therapy-centered Diagnostics

At present the unity of diagnostics and therapy is considered questionable. This study differentiates between personal unity and unity of the system. Whereas the former—provided acting responsible is the objective—can hardly be realized any longer the latter is an absolute necessity.

This is explained in considering the differences between the approaches of psycho-therapy and behavioral therapy.

Discussed are the problems of isomorphy, of concurrent validity, and in establishing a clinical evaluation in regard to the possibilities of projective proceedings in psychotherapeutically centered diagnostics.

Finally, the value of the proceedings outlined above in respect to auto-supervision for psychotherapists is referred to.

Literatur

- Baumgärtel, F.*: Klinische Einzelfalldiagnostik und therapeutische Intervention. Im Manuskript, 1976 (a). – *Ders.*: Theorie und Praxis der Kinderpsychotherapie. München, Pfeiffer, 1976 (b). – *Baumgärtel, F., Büker, U. u. Steffen, E.*: Training der Kinderpsychotherapie. München, Pfeiffer, 1975.
- Beck, N. u. Herron, W. G.*: The meaning of the Rorschach cards for children. J. proj. Techn., 1969, 33, 150–153. – *Bierkens, P. B.*: Die Urteilsbildung in der Psychodiagnostik. München, Barth, 1968. – *Blanchard, W. H.*: The consensus Rorschach: Background and development. J. proj. Techn., 1968, 33, 327–330. – *Bricklin, B.*: A role-play Rorschach procedure. J. Pers. Assess., 1975, 39, 453–461. – *Elstein, A., Shulman, L., Kogan, N. u. Jason, H. H.*: A theory of medical inquiry. Lansing, Mich. State Uni. Press., 1971. – *Frank, L. K.*: Projective methods for the study of personality. J. Psychol., 1939, 8, 389–413. – *Hofstätter, P. R.*: Differentielle Psychologie. Stuttgart, Kröner, 1971. – *Hörmann, H.*: Theoretische Grundlagen der projektiven Tests. In: *Heiss, R.* (Ed.), Handbuch der Psychologie, Bd. 6: Psychologische Diagnostik, 3. Aufl. 1971, Göttingen, Hogrefe (1964¹), S. 71–112. – *Houben, A.*: Psychodiagnostik in psychotherapeutischen und psychosomatischen Institutionen. In: *Schraml, W. J. u. Baumann, U.* (Eds.), Klinische Psychologie I: Theorie und Praxis, 3. überarb. erw. Aufl., 1975, Bern, Huber (1970¹), S. 187–217. – *Kozielecki, J.*: A model for diagnostic problem solving. Acta Psychologica, 1972, 36, 370–380. – *Leichner, R.*: Klinische Urteilsbildung. In: *Pongratz, L. J.* (Ed.), Handbuch der Psychologie, Bd. 8, 2. Halbband: Klinische Psychologie, Göttingen, Hogrefe, 1978, S. 1499–1561.
- Lerner, P. M.* (Ed.): Handbook of Rorschach scales. New York, Intern. Univ. Press, 1975. – *Pawlik, K.*: Modell- und Praxisdimensionen psychologischer Praxis. In: *Pawlik, K.* (Ed.), Diagnose der Diagnostik. Stuttgart, Klett, 1976, S. 13–43. – *Plaum, E.*: Gegen das Drauflos-Therapieren. Psychol. heute, 1979 (b), 6. H. 8, S. 14–21. – *Ders.*: Zur Therapierelevanz der Diagnostik. Vortrag, gehalten auf der 2. Tagung f. Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie. München, 1979 (a). – *Rowan, J.*: Sechs Seelen ruhen, ach, in meiner Brust. Psychol. heute, 1979, 6. H. 1, S. 14–21. – *Rychlak, J. F.*: Clinical psychology and the nature of evidence. Amer. Psychol., 1959, 14, 642–648. – *Snijders, J. Th.*: Het wetenschappelijk karakter der psychodiagnostiek. Ned. T. v. Psychol., 1951, 6, 269–284, 411–438. – *Stäcker, K. H.*: Projektive und thematische Verfahren. In: *Schmidt, L. R.* (Ed.), Lehrbuch der klinischen Psychologie. Stuttgart, Enke, 1978, S. 256–275. – *Willi, J.*: Die Zweierbeziehung. Reinbek, Rowohlt, 1975.

Anschr. d. Verf.: Prof. Dr. Frank Baumgärtel, Studiengang Psychologie, Universität Bremen, Bibliothekstr., MZH, 2800 Bremen.