

Diagnostik bei Kindern - Komplexität, Variabilität und Reduktion

H.S. Herzka und W. Reukauf, Zürich* (www.herzkaprof.ch)

(Referat am 3. Zürcher Diagnostik-Kongress an der Universität Zürich, veranstaltet vom SVB/BBT, der Hochschule für Angewandte Psychologie und dem Laufbahnzentrum der Stadt Zürich, 14. März 2002)

Komplexität charakterisiert die Diagnostik von Kindern in besonderem Masse. Denn sie erfolgt im Dreieck zwischen Kind, Eltern und anderen Erziehungsverantwortlichen und DiagnostikerIn, sodass wir es – mindestens in den psychologischen und sozialen Dimensionen eines bio-psycho-sozialen Modells - mit unterschiedlichen Beobachtungen, Verhaltensbeschreibungen, Wertungen, Anamnesen zu tun haben. Die beteiligten Erwachsenen haben verschiedene selektive Wahrnehmungen, unterschiedliche Empfindlichkeiten und Toleranzen, differente, oft implizite Wert- und Zielvorstellungen für das Kind. So entsteht ein vielschichtiges, oft widersprüchliches, meist faszinierendes, aber wenig eindeutiges Bild vom Kind, seinem Leiden und den Schwierigkeiten, die es den Erwachsenen bereitet. Zudem steht dieses Bild in Wechselwirkung mit einer von den Erwachsenen bestimmten Gesellschaft, deren Wahrnehmungen und Beurteilungen sowie implizite Normen im Zeitalter des Pluralismus sehr heterogen, vielschichtig und verschieden sein können.

Variabilität kennzeichnet die Verhaltensweise von Kindern in besonderem Masse, weil sie sich in rascher und individuell unterschiedlicher Veränderung befinden, (die wir Entwicklung nennen), und noch wenig vom Normierungsprozess geprägt sind, den wir als Sozialisation bezeichnen; auch hängt dieser, soweit er bereits wirksam geworden ist, noch stark von familiären Tradierungen ab sowie von den sozialpsychologisch bedingten Differenzen zwischen u.a. Stadt und Land, arm und reich, religiösen Sitten, kulturellen Überlieferungen. Die durch die Medien-Technokratie (insbesondere das Fernsehen) und wirtschaftliche Globalisierung erfolgende psychische Kolonialisierung mit Werten und Zielen der Konsumgesellschaft ist zunächst noch weniger ausgeprägt als bei Jugendlichen und Erwachsenen. Dazu kommen die Unterschiede der Temperamente (i.S. von Chess, vgl. Zentner, 1998) sowie die Tatsache, dass die verschiedenen Persönlichkeitsbereiche altersgleicher Kinder verschieden weit entwickelt sind, und dass Kinder in ihrem familiären System unterschiedliche Funktionen und Rollen innehaben.

Reduktionen werden in der Diagnostik vorgenommen, weil es oft vorwiegend darum geht bestimmten Vorstellungen der Erwachsenen zu entsprechen: das Kind soll weniger stören, weniger auffallen, sich in eine Klasse einfügen oder in ein diagnostisches Schema passen; es soll die Erwartungen der Schule oder eines Forschungsprojektes erfüllen, oft auch die Hoffnungen der Eltern, die sich gemäss den sie bestimmenden Normen mit ihrer Umgebung, den Nachbarn, der Schule, arrangieren müssen. Jahrhunderte lang wurden – und werden heute noch – Kinder zurecht geprügelt, sie werden mit Strafe bedroht, struktureller Gewalt unterworfen, mit Belohnung geködert und korrumpiert – und immer, so wird gesagt, in ihrem eigenen Interesse. Mit einigem Staunen wird bisweilen die daraus resultierende Konformität derjenigen Jugend vermerkt, die gelernt hat, sich auf Konsum einzurichten, nicht gegen die Zerstörung der ökologischen Ressourcen zu rebellieren, dem Aberglauben an den technischen Fortschritt zu huldigen, Armut und Ungerechtigkeit hinzunehmen und nötigenfalls fürs Vaterland in den Krieg zu ziehen.

Diejenigen aber, die auf abnorme Zustände stark reagieren – beispielsweise mit einer posttraumatischen Belastungsreaktion auf Unmenschlichkeit, mit Unruhe auf Reizüberflutung (die wohl eine der frühen Ursachen der Hyperaktivität ist), mit Depression auf fehlenden Sinngehalt - erhalten entweder eine Diagnose, oder werden als Störenfriede diskriminiert. Damit soll keineswegs dem Ende der Diagnostik und schon gar nicht der notwendigen Hilfsmassnahmen bzw. Therapien das Wort geredet sein - denn das einzelne Kind leidet und auch die Erwachsenen belasten seine Probleme, sodass geholfen werden muss - wohl aber der grundsätzlichen Hinterfragung unseres diagnostischen Tuns, das nicht primär die kollektiven pathogenen Wurzeln und damit die Prävention anvisiert, sondern die individuellen Folgezustände. Es sei auch

keineswegs geleugnet, dass individuelle Disposition und biologische, inklusive genetische Faktoren ihre Rolle dabei spielen, dass die Einen mehr, oder auf andere Art reagieren als Andere. Jedoch wäre es auch unglaublich auszublenden, dass DiagnostikerInnen Teil des Systems sind, in dem sie ihre Diagnosen stellen, und daher die pathogenen Faktoren desselben oft ausklammern oder als gegeben hinnehmen. Die Systemkonformität der Diagnostik wird aber für die Diagnostikergemeinschaft umso erträglicher, je mehr die Komplexität und Variabilität der Befunde auf einfache Kriterien reduziert werden.

Und so verwenden wir denn internationale Klassifikationen von psychischen Krankheiten, die nicht nach den Differenzen der Familien, der Kulturen, der persönlichen Geschichte fragen, und dem Zeitgeist durch periodische Revisionen huldigen; Klassifikationen, die in jedem Abschnitt versteckt mittelständische, euroamerikanische und erst noch oft nicht explizite Wertungen enthalten, bilden eine Art diagnostischen Katechismus, zweifellos zur späteren Belustigung kommender Generationen von Fachleuten. Wie als sakrosankt angesehene diagnostische Beurteilungen mit einem mal absurd und überlebt werden, hat die Abschaffung bis dahin gängiger diagnostischer Begriffe im ehemals ostdeutschen Staat gezeigt.

Vor zehn Jahren durften wir in diesen gleichen Hallen am damaligen Diagnostik-Kongress (1992) zum gleichen Hauptthema sprechen. Ich habe den alten Text nachgelesen und überlegt, ob ich den damaligen Wortlaut heute getrost wiederholen könnte. Was mich davon abhält ist weniger die Furcht, Sie könnten bemerken, dass es sich um abgestandenen Kaffee handelt, als vielmehr die Sorge, dass die damaligen Aussagen nicht genügend gelagert waren, und der heutige Zeitgeist prägnantere Formulierungen erfordert. Ich werde somit in neue Schläuche alten Wein füllen.

Komplexität und Variabilität sind nicht die einzigen Merkmale, die im Rahmen einer Diagnostik zu berücksichtigen wären, die sich vom scientistischen Aberglauben (Karl Jaspers) des mechanistischen Denkens aus dem 19. Jahrhundert befreit. Weitere Eigenschaften, die sich in den Wissenschaften allgemein herumgesprochen haben, aber von den Psychozünften gerne ignoriert werden, sind etwa *Prozesshaftigkeit* und *Selbstregulation*, sowohl intrapsychisch, wie im System, dem ein Kind angehört. Solche Merkmale treten nun selbstverständlich nicht isoliert auf, sondern sind verschiedene Facetten der Tatsache, dass man zu unterscheiden gelernt hat, zwischen der lebendigen Wirklichkeit und den Reduktionen bzw. Abstraktionen, die einer ganz bestimmten Richtung der Wissenschaft dienen. In den Humanwissenschaften deutet vieles darauf hin, dass wir auf dem Weg zu neuen, komplexeren, stärker energetischen und prozesshaften Modellen von Gesundheit und Krankheit - und damit von Diagnostik - sind, als diejenigen, die heute noch, oft recht fundamentalistisch, hoch gehalten werden. Ich möchte die unseres Erachtens im Gang befindliche und notwendige Entwicklung unterstützen, indem ich drei Aspekte der Diagnostik zu klären versuche:

- Das therapeutische Potential der Diagnostik
- Diagnostik als wissenschaftliches Material
- Diagnostik als Kunst

Das therapeutische Potential der Diagnostik

Die diagnostische Erfassung eines Kindes erfolgt, weil dieses selbst und seine Umgebung Schwierigkeiten haben oder gar leiden. Ihr Ziel ist bereits das gleiche, wie jenes der Therapie: eine Verbesserung der Lebensqualität. Um zu einer Diagnose zu kommen müssen wir in seine Privatsphäre und diejenige seiner Familie eindringen. Diese Grenzüberschreitung lässt sich nur rechtfertigen, wenn der Abklärungsvorgang für die Betroffenen von Nutzen ist. Die weitgehend übliche Trennung - zuerst Diagnose, dann Therapie oder Massnahmen - reduziert die Diagnose zu einer Hilfsfunktion und nimmt ihr ihren selbständigen Nutzen. Sie wird, so gesehen, erst nützlich durch das, was auf sie folgt. Was folgt, ist aber oft nicht das, was die Diagnostik wirklich verlangt, z.B. weil die Therapie niemand zahlen kann, oder eine Massnahme an anderen konkreten Möglichkeiten scheitert. Dann erweist sich Diagnostik als Leerlauf, es sei denn, sie ist in sich wertvoll, das heisst, sie entfaltet ihr eigenes therapeutisches Potential. Worin liegt dieses?

Diagnostik ist selbst Therapie, d.h. ein heilsamer Prozess, sofern sie dem Kind und seiner Familie vermittelt:

- dass ihnen mit Respekt begegnet wird und sie ernst genommen werden. Besonders Mütter haben das meist berechtigte Gefühl, in ihren Wahrnehmungen nie genügend ernst genommen worden zu sein; wie viele Kinder haben erlebt, dass man, auf ihren Defiziten herumreitend, sie – oft indirekt - entwertete und ihren eigenen Sorgen mit wenig Respekt begegnete. Diagnostik therapeutisch wirksam werden zu lassen, setzt voraus, die Machtposition der Fachperson gegenüber den sogenannten Laien zu reflektieren und selbst einzugrenzen.
- dass wir Eltern und Kind als für ihr eigenes Leben kompetent erachten, auch wenn dies nicht diejenige Kompetenz sein mag, die wir von uns, unserer Schicht, unserer Sozialisation, unseren Lehrbüchern her kennen. Von uns Fachleuten erfordert dies, dass wir das Individuum und die Familie als selbstregulierendes System wahrnehmen, in das wir uns nur sehr vorsichtig einschalten und dass wir, ohne Defizite zu bagatellisieren, sowohl mit dem Kind, wie mit den Eltern ihre Fähigkeiten und Kompetenzen herausarbeiten. Wie mancher Vater kommt zur Diagnostik seines Kindes im Gefühl den Problemen und seiner Familie gegenüber allzu hilflos zu sein; wie viele Eltern fühlen sich dem System Schule oder Schulpsychologie gegenüber von vorneherein ausgeliefert.
- dass Diagnostik ein Klärungsprozess ist. Das bedeutet, dass kein Kind und keine Eltern nachhause gehen ohne so weit wie möglich Klarheit erlangt zu haben. Diese Klarheit besteht einerseits aus einer Reihe von möglichst exakten Kenntnissen über Störungen und Zusammenhänge (z.B. biographische, soziokulturelle); andererseits geht es um eine Klärung der Gefühlslagen. Methodisch steht dabei nicht das Fragen oder gar Ausfragen durch die DiagnostikerIn im Vordergrund, sondern das Zu- und Hinhören, vor allem auf das Ungesagte, auf das, was hinter den Worten der Klienten liegt, die Zweifel, Ängste, vielleicht richtigen oder die verfehlten Hoffnungen.

Das Ziel ist simpel, aber nicht leicht zu erreichen: Kind und Eltern sollen sich nach der Diagnostik besser fühlen, erleichtert, nicht von Mängellisten und Versäumnissen erdrückt und mit diagnostischen Etiketten verklebt. Dieses Ziel lässt sich nur erreichen, wenn die DiagnostikerIn von der Hochachtung vor der Komplexität menschlichen Lebens und menschlicher Schicksale geprägt sind, und wir uns klar darüber sind, dass wir immer nur einzelne Aspekte der Wirklichkeit zu erfassen und zu klären vermögen. Es braucht nichts weniger, als den scientistischen Aberglauben (Karl Jaspers) aufzugeben, dass wir Fachleute, wenn wir nur genug erfragen oder testen, schliesslich "alles" wissen können. Eine solch quantitative Klärung ist eine Illusion, die einem beruflich sublimierten Machtbedürfnis entspricht.

Diagnostik als wissenschaftliches Material

Diagnostik enthält immer auch eine Reihe wissenschaftlich brauch- und verwertbarer Informationen. Einige dieser Informationen lassen sich mit Fragebogen erfassen. Für Wissenschaftszwecke lassen sich Symptomlisten erstellen und Syndrome klassifizieren, wie die ICD und das DMS dies tun. Diese sind Abstraktionen. Sie sind nützlich für epidemiologische Fragestellungen, weil sie Vergleiche und Quantifizierungen erlauben. Voraussetzung ist allerdings, dass die klassifizierten Syndrome auf die individuellen Kinder so wenig genau zutreffen, dass individuelle Besonderheiten und Komplexität weitgehend ausgeblendet werden. Man nimmt eine Reduktion vor, z.B. auf Kernsymptome. Wir alle kennen die Erfahrung, dass ein Kind von der Klassifikation abweicht, sodass man sich angewöhnt, grosszügig genug, d.h. ungenau genug, zu klassifizieren, damit man seine Statistik bekommt. Das lernt man unter dem Euphemismus der "interrater reliability". Dieses Vorgehen ist für die Existenzsicherung der DiagnostikerIn, aber auch der Forscher, die unter dem Zwang sich zu profilieren und zu publizieren stehen, durchaus sinnvoll. Man kann damit z.B. einen Bedarf nachweisen, oder feststellen, dass gewisse Medikamente bei manchen Kindern wirken und bei anderen nicht. Klassifikationen können aber auch für die Klienten unmittelbar sinnvoll sein, z.B. wenn Versicherungsleistungen darauf ausgerichtet sind. Dank der Ungenauigkeit ist es oft möglich, ein Kind im Bedarfsfall einer Gruppe zu subsumieren, die anspruchsberechtigt ist, sofern man nur die richtigen Fragen stellt oder die richtigen Tests anwendet, die dasjenige Ergebnis versprechen, welches man benötigt. Die Versicherer stellen dann jeweils gerne Zusatzfragen, die aber ebenfalls schemati-

siert sind, und darauf abzielen, ein Kind im Hinblick auf die Leistungen aus- oder einzuschliessen, sodass sie leicht durchschaubar und die Antworten nutzbringend manipulierbar sind.

Für Forschungszwecke gilt das Analoge: bildet man die richtigen Kategorien und stellt man diejenigen Fragen, die absehbar zum anvisierten Ergebnis führen, so kann man meist mit grossem statistischem Aufwand, aber ohne allzu ermüdende gedankliche Anstrengung beweisen, was man am Anfang der Untersuchung abschätzen konnte: die Hypothese trifft zu oder eben nicht. Beides ist weit von der Wirklichkeit entfernt, weil die gebildeten Kategorien eben Abstraktionen waren und bleiben. Anders gesagt: das Ergebnis eines Forschungsprojektes ist in der Art seiner Aussage durch die Methodik, und das heisst in unserem Beispiel durch die Klassifikation vorbestimmt. Das ist keineswegs verwunderlich, denn der oder die DiagnostikerIn wird immer Teil des Systemes, das er untersucht. Was man unter Objektivität versteht, ist somit im besten Fall reflektierte Intersubjektivität. Man verstehe mich nicht falsch: ich laufe keineswegs gegen die Reduktion auf klassifizierbare Symptome und Syndrome Amok; ich schätze, was damit erreicht werden kann, so wie ich abstrakte Gemälde schätze. Ich versuche lediglich auf den Unterschied zwischen einem sogenannt abstrakten Bild von Braque oder Picasso und einem essbaren Stück Brot hinzuweisen.

Diagnostik als Kunst

Diagnostik ist, seit es sie gibt, eine Kunst. Wie jede Kunst verwendet sie auch die Ergebnisse der wissenschaftlichen Analyse. Schon deswegen kann man als DiagnostikerIn kein Verächter der Forschung sein. Der Künstler, denken wir an einen Maler, braucht sein Wissen über Farben und Pigmente, er kennt (oder er fühlt) ästhetische Regeln; oft ist er in der Geschichte der Malerei bewandert, oft hat er viel Mühe darauf verwendet Vorbilder zu kopieren; meist sucht er lange seinen eigenen Stil, bisweilen kann er ihn wechseln. Aber diesen eigenen Stil findet er nicht, ohne praktisch zu malen, mit Begeisterung, mit viel Selbstkritik, mit Irrwegen und Sternstunden. Auf dem Weg zu diesem eigenen Stil ist er darauf angewiesen, sein angelerntes Wissen einem Prozess einzugliedern, der die Kognition transzendiert. Er lässt sich von seinem "Gegenstand" packen, erfassen, ordnet sich seiner Aufgabe unter. (was oft auf Kosten seiner Familie geht); er lässt sich ansprechen und tritt in eine ganz persönliche Beziehung mit seinem "Gegenstand", geht mit ihm eine Begegnung ein. Analoges gilt für die Personen, die ein literarischer Autor schafft, oder für die Klänge, die ein Musiker in die Welt setzt. Der künstlerische Prozess hat verschiedene Aspekte, die sich alle schlecht in Wort fassen lassen, weswegen es dafür eine Vielzahl von Fremdworten gibt: Kommunikation, Empathie, Interaktion, Intuition. Das alles gilt auch für DiagnostikerInnen und für die Diagnostik. Begreiflicherweise ist es schwierig in Worte zu fassen, was wir, z.B. an Zusammenhängen einer Biografie, an Stimmungen einer Familie, an Phantasien, Hoffnungen, Wünschen oder Enttäuschungen der Eltern, erfüllen und erahnen. Wir machen uns ein Bild von allem, was wir mit den Kindern und Eltern wahrnehmen und erfahren. Dieses Bild zu erarbeiten ist ein gestaltender Prozess (ich vermeide das Modewort kreativ); wir gelangen zu einem persönlichen Bild, dem Bild der DiagnostikerInnen. Dieses Bild werden wir nur selten dem Kind und den Eltern so vermitteln können, wie es in unserer Vorstellung lebt. Es ist vielmehr ein Gegenüber zum Bild, das die Betroffenen selbst mitbringen. In der diagnostischen Begegnung und im Gespräch kann allmählich aus den beiden Bildern ein gemeinsames Bild entstehen, in einem Prozess der gegenseitigen Assimilation und Adaptation. Je weiter dieser fortschreitet, umso weniger sind die Betroffenen mit ihrem Bild allein, um so mehr können sie sich verstanden fühlen. DiagnostikerIn und Klientel finden gegenseitig Resonanz, Anklang (B. Gindl, 2000). Dies ist eine Veränderung, die das Problem lösen, das Leiden mildern, und mit den Schwierigkeiten umgehen hilft. Bleibt dieser Prozess aus, so sind die Energien und die Zeit der Klienten bestenfalls verschwendet. Manchmal entsteht ein neuer Schaden, weil sich beide Seiten unverstanden finden, oder die Klienten ein starres Bild mitnehmen, dass „es“ nicht ein Kind mit seinen Schwierigkeiten und Fähigkeiten, seinen Freuden und Leiden sei, sondern eine „Depression“ oder ein ADD, die das Kind verhexen (wobei manche DiagnostikerInnen, da vermeintlich aufgeklärt, es zwar so meinen, aber diesen Ausdruck geflissentlich vermeiden). Wie schwierig die Verständigung ist, zeigt sich exemplarisch in zwei Umständen: nämlich darin, wie schwer es fällt ein Gutachten von einiger Tragweite so zu formulieren, dass man dem Sachverhalt und den betroffenen Personen gerecht wird, sowie in der regelmässigen Schwierigkeit, innerhalb der Diagnostik nicht nur mit den Eltern

oder dem Lehrpersonen, sondern auch mit dem Kind selbst zu einem gemeinsamen Bild zu kommen. Gerade dies würde aber das Kind dringend benötigen.

Was bisher gesagt wurde, waren, wie Ihnen sicher nicht entgangen ist, eher grundsätzliche, wenn Sie's etikettieren mögen, anthropologische Aussagen; sie seien durch Hinweise auf die Möglichkeiten und Grenzen von drei Gruppen von Testverfahren für Kinder ergänzt. Die differenzierte Beurteilung von Testverfahren - insbesondere von solchen, die von selbsternannten Wissenschaftspäpsten vorschnell tot gesagt wurde, sich aber in der Praxis hartnäckig halten, ist gewissermassen ein Schaufenster dieser grundsätzlichen Erwägungen. Denn bei den Testverfahren sind die komplexe Wirklichkeit, der sie dienen sollen, und der wissenschaftliche, oft reduktionistische Anspruch nach Validierbarkeit eine schwierige Ehe eingegangen.

Drei Gruppen von Testverfahren seien besprochen:

- Fragebogenverfahren
- Projektive Verfahren
- Verfahren zur Intelligenzdiagnostik

Fragebogenverfahren

(Beispiele für Basisverfahren zur Erfassung eines breiten Spektrums von psychischen Auffälligkeiten sind etwa: Elternfragebogen über das Verhalten von Kindern und Jugendlichen (CBCL 4-18); Persönlichkeitsfragebogen für Kinder (PFK 9-14); Freiburger Persönlichkeitsinventar (FPI-R). Beispiele für störungsspezifische Fragebogen sind: Angstfragebogen für Schüler (AFS), Depressionsinventar für Kinder und Jugendliche (DIKJ))

Scharfe Kritik am Einsatz von Persönlichkeitsfragebogen bei Kindern und Jugendlichen äusserte Zimmermann (1994). Er zitiert Thomae (o.J.) mit den Worten „Es wäre zu begrüssen, wenn der verbreitete Unfug mit den Fragebögen (Scales) bald etwas eingeschränkt würde“ und meint ergänzend: „Dem ist in Anbetracht der desolaten Situation in der Persönlichkeitsdiagnostik im Kindes- und Jugendalter nichts hinzuzufügen“ (S. 16). Und an anderer Stelle schreibt Zimmermann, etwas weniger polemisch: „Persönlichkeitsfragebogen können bei bestimmten diagnostischen Zielen im Kindesalter in Zukunft nicht mehr die Methode der Wahl sein“ (S. 99).

Eine ausgewogene, sowohl kritische als auch viele nützliche Aspekte von Fragebogenverfahren berücksichtigende Auffassung vertreten Döpfner u.a. (2000). Demzufolge gilt es Vor- und Nachteile gegeneinander abzuwägen, etwa entsprechend der nachfolgenden, nicht mehr ganz taufrischen Zusammenstellung in Anlehnung an Mummendey (1987):

Persönlichkeitsfragebogen

Vorteile	Nachteile
Einfache Durchführung; evtl. sogar Delegation der Durchführung an Hilfskräfte	Unpersönliche Handhabung
Geringer bis mittlerer Zeitaufwand	Evtl. könnte die Testzeit mit einem Gespräch sinnvoller genutzt werden
Antwortstile und -tendenzen sind bedeutungsloser als angenommen	Der Test ,funktioniert nur bei Ehrlichkeit des/der Probanden/in; bei Ausleseverfahren spielt die soziale Erwünschtheit der Testantworten eine zunehmend grössere Rolle
Die sprachlichen Probleme sind als minimal anzusehen	Trotz sorgfältiger Konstruktion der Fragebogen ist die sprachliche Verständlichkeit der Fragen nicht immer

Die Auswertung und Interpretation der Antworten kann z.Tl. mit Hilfe eines Computers geschehen	gewährleistet Teilweise fehlende Interpretationshinweise in den Handbüchern; teilweise Entbindung von der Eigenverantwortung für die Testinterpretation
Bewährte Forschungsinstrumente	Problematische Anwendung in der Individualdiagnostik

Persönlich bin ich allerdings der Auffassung, dass Fragebogenverfahren nur für Forschungszwecke wirklich relevant sind, und sonst der diagnostisch-therapeutischen Beziehung eher abträglich sind. In der Praxis hat sich das Vorgehen bewährt, im Anschluss an das Ausfüllen eines Fragebogens Zusatzfragen mündlich zu stellen und die schriftlichen Antworten zu diskutieren, sodass der Fragebogen Grundlage für ein weiterführendes diagnostisches Gespräch wird.

Projektive Verfahren

Gemäss einer Einteilung von Brickenkamp (1997) handelt es sich dabei um sogenannte Persönlichkeits-Entfaltungsverfahren, welche in drei Gruppen eingeteilt werden können:

Formdeutungsverfahren

Verbal-thematische Verfahren (Verbale Ergänzungsverfahren, Apperzeptionsverfahren)

Zeichnerische und Gestaltungsverfahren (Zeichen- und Spieltests)

Nach Döpfner u.a. (2000) liegt über die Vor- und Nachteile projektiver Techniken zur Verhaltens- und Psychodiagnostik eine umfangreiche Literatur vor (S. 86). Für diese Verfahren bestehe eine „uneingelöste Bringschuld“ ... im Hinblick auf die notwendigen testtheoretischen Standards. Zu den Gütekriterien wie Reliabilität, Stabilität, Validität und Normierung finden sich bei fast allen Tests nur sehr spärliche bis keine Hinweise. Aus diesen Gründen werden (nach Rauchfleisch, 1998) projektive Verfahren von Vertretern einer empirischen Forschung auch als insgesamt „zu spekulativ“ und „nicht interpretierbar“, wenn nicht gar als „nicht verantwortbar“ charakterisiert und damit total ins Off-Side gedrängt (S. 117).

Was die Problematik der Gütekriterien von Tests mit mässigen oder niedrigen Reliabilitäts- und Validitätskoeffizienten betrifft, so hat Brickenkamp bereits 1975 relativierend darauf hingewiesen, dass man solche Tests „nicht immer und in jedem Fall für unbrauchbar halten (könne). Vereinfachend kann man sagen, dass mit abnehmender Zuverlässigkeit und Gültigkeit der hypothetische Charakter der Testergebnisse zunimmt und nach einer Absicherung durch andersartige Ergebnisse verlangt. Es gibt auch keinen allgemeingültigen Nachweise der Bewährung eines Verfahrens, sondern nur mehr oder weniger spezifizierte Anhaltspunkte, dass sich ein Test im Rahmen bestimmter Prognosen oder Diagnosen bewähren wird. Deshalb wird fast immer der Benutzer eines Tests genötigt sein, selbst innerhalb seines Verwendungsbereichs Bewährungsdaten zu erheben und auszuwerten“ (S. 19). So weit Brickenkamp, dessen oben zitierte Beurteilung sich auch in der Neufassung seines Handbuches aus dem Jahre 1997 wiederfindet (S. XXIV).

Zur Beliebtheit projektiver Verfahren in der Kindertestdiagnostik äussern sich Döpfner u.a. (2000) folgendermassen: „Obwohl die Testparameter so ungenügend sind, gehören die projektiven Testverfahren zu den am häufigsten in der Diagnostik angewandten. Dies mag auf den ersten Blick überraschen, verdeutlicht aber auch, dass der Praktiker neben „objektiven“ Angaben zur kognitiven Entwicklung, Intelligenz und Verhaltensparametern, besonderen Wert auf Informationen legt, die durch solche Testverfahren scheinbar nicht in ausreichendem Masse zur Verfügung gestellt werden“ (S. 86).

An unserer Abteilung entstand im Jahre 1997 eine Prüfungs-Arbeit (B. Joye Yenni) zum Thema „Sind projektive Tests antiquiert?“. Daraus einige Thesen:

In Beantwortung der Themafrage hielt die Autorin zunächst fest: „Nicht die projektiven Tests sind anti-quiet, sondern die Erwartungen, die man in sie gesetzt hatte“. Mit Recht hielt sie fest:

Projektive Verfahren

- sind grundsätzlich qualitative Verfahren, keine Messverfahren. Der Anspruch einer Erfassung der Gesamtpersönlichkeit muss fallengelassen werden;
- können einen Zugang zu Kinderwelten vermitteln;
- ermöglichen dem Kind, Kind zu sein; es darf zeichnen, spielen phantasieren;
- bieten einen standardisierten Rahmen zur Beobachtung;
- ergänzen das Bild, das sich der Diagnostiker aufgrund der Anamnese, der Gespräche mit den Eltern und den Lehrern vom Kind gemacht hat;
- können auf Sachverhalte aufmerksam machen, die dem Kind kaum bewusst, oder unbewusst oder schwer zu verbalisieren sind.

Persönlich halte ich projektive Verfahren für ein sehr wertvolles Vehikel der intersubjektiven Kommunikation zwischen DiagnostikerIn und Kind, sofern man mit einigen Verfahren sich gut vertraut macht, ähnlich wie mit einem spezifischen Dialekt. Die Validierungskritik geht am eigentlichen Sinn dieser Verfahren vorbei, ist allerdings von den Anhängern der projektiven Verfahren auch selbstverschuldet, weil sie sich zu oft an die quantifizierbar erscheinenden Verfahren anbiestern wollten.

Verfahren zur Intelligenzdiagnostik

Aus Gründen der Vereinfachung beschränken wir uns nachfolgend auf eine kurze Charakteristik der Intelligenzdiagnostik mit ihren Möglichkeiten und Begrenzungen.

Trotz aller Bemühungen um möglichst optimal konstruierte und normierte Intelligenztests unterliegen auch diese Verfahren bekanntlich verschiedenen Begrenzungen:

Was den Umgang mit *durchschnittlich intelligenten* Kindern betrifft, so können mangelnde Mitarbeit, Motivationsprobleme und Testangst bis hin zur Testverweigerung eine Intelligenzabklärung erschweren bis verunmöglichen (Beispiele: Kindergartenkinder, verängstigt-depressive Kinder, Kinder im Trotzalter oder in der Präpubertät und Pubertät).

Im Bereich der *ausgeprägten Intelligenzminderung* hilft nach Meinung von Döpfner u.a. (2000) „eine psychometrische Intelligenzdiagnostik meist nicht weiter, weil die Personen kaum einer testpsychologischen Untersuchung zugänglich sind und die Intelligenztestverfahren in diesem Bereich nicht mehr differenzieren können“ (S. 25). Unseres Erachtens sollte diese Tatsache hingegen nicht dazu führen, dass bei einem schwer geistig behinderten Kind oder Jugendlichen eine Intelligenzabklärung nicht wenigstens versucht wird.

Zur Situation der *Hochbegabten* sei auf Gardner (1991) verwiesen, welcher sich mit seiner Rahmentheorie der vielfachen Intelligenzen explizit vom IQ verabschiedet. Der Autor unterscheidet insgesamt die folgenden sieben Intelligenz- und Begabungsformen: Sprachliche, logisch-mathematische, räumliche, körperlich-kinästhetische, musikalische, intrapersonale und interpersonale Intelligenz. Angeregt von Gardner werden in heutigen, seriösen Potenzialabklärungen bei Hochbegabten neben dem IQ auch das soziale Umfeld, Interessen, Motivation, Kreativität, soziale und kommunikative Kompetenzen und weitere Persönlichkeitsmerkmale genauer betrachtet.

In einem Zeitalter der weltweiten Migration ist daran zu erinnern, dass nicht nur *fremdsprachige* Kinder und Jugendliche mit Intelligenztestverfahren des jeweiligen Gastlandes u.a. aus sprachlichen und sozio-kulturellen Gründen zum grössten Teil überfordert sind, zumindest in der Anfangszeit ihres dortigen Aufenthaltes; sondern auch die traditionell überlieferten Denk- und Verbalisierungsstrategien können von den westeuropäischen erheblich abweichen. Sprachfreie Verfahren (wie die Progressiven Matrizen nach Raven, die verschiedenen – angeblich kulturfreien – Formen des CFT oder die revidierte Fassung des SON-R) können hier im Sinne einer praktisch brauchbaren Intelligenzabschätzung nach unseren Erfahrungen nur begrenzt hilfreich sein.

Teilleistungsschwächen, neuropsychologische Defizite, einfache oder kombinierte *Sinnesbehinderungen* oder gar *autistische* Störungsbilder stellen weitere Beispiele für ungünstige Voraussetzungen dar, welche einer jeden noch so umfassend und differenziert angelegten Test- und insbesondere Intelligenzdiagnostik Begrenzungen auferlegen

Der gegenwärtige Stand der Psychodiagnostik ist durch ein Neben- und Miteinander von vielfältigen und heterogenen Verfahren gekennzeichnet, wobei klinische Brauchbarkeit und wissenschaftliche Absicherung umstritten sind und oft nicht übereinstimmen. Dies ist ein Abbild der Spannung zwischen einerseits der lebendigen Wirklichkeit, in welcher Komplexität und Variabilität sowie Prozesshaftigkeit und Selbstregulation herrschen, (um nur einige der wichtigen Merkmale zu nennen), und andererseits reduktionistischen Gültigkeitskriterien, die den Anschluss an die Wissenschaftstheorie der Neuzeit noch nicht gefunden haben. Es geht aber keineswegs darum, diesen Widerspruch aufzulösen oder zu harmonisieren. Vielmehr sollten wir ihn wertschätzen, da er das diagnostische Bild bereichert und der diagnostischen Bescheidenheit förderlich sein kann; Intuition und Test, intersubjektive Einschätzung und erhobene Daten, Gesprächsergebnisse und Zeichnungen oder verbale Assoziationen, ganzheitliche Beobachtungen und spezifische Testverfahren können sich dialogisch ergänzen. Für die Praxis ist die primäre Zielsetzung, dass sie gemeinsam zu einer Klärung führen, welche dem Kind und den für seine Entwicklung verantwortlichen Erwachsenen Erleichterung verschaffen und die Lebensqualität - noch ohne Therapie oder Massnahmen - etwas verbessern helfen. Eine andere, respektable Zielsetzung mag sein, dass Forscherinnen und Forscher aus der Diagnostik Gewinn für ihre Sachkenntnis und ihre Karriere ziehen können. Jedoch ist es wenig sinnvoll beide Zielsetzungen allzu unklar zu vermengen; und es wäre fair, dem Kind und den Eltern klaren Wein darüber einzuschenken, was zu ihrem Wohl, und was um der Forschungsgläubigkeit willen geschieht.

*Prof.Dr.med. H. S. Herzka und Dr.phil. W. Reukauf, Klinischer Psychologe FSP und Heilpädagoge, sind emeritierter leitender Dozent bzw. ehemaliger Mitarbeiter der Psychopathologie des Kindes- und Jugendalters, Universität Zürich. (homepage: www.herzkaprof.ch, vgl. Menu: Arbeiten--> Skripte Artikel)

Literaturangaben:

- Brickenkamp, R. (Hrsg.). (1997). Handbuch psychologischer und pädagogischer Tests (2. vollst. überarb. u. erw. Aufl.). Göttingen: Hogrefe.
- Döpfner, M., Lehmkuhl, G., Heubrock, D. & Petermann, F. (2000). Diagnostik psychischer Störungen im Kindes- und Jugendalter. Göttingen: Hogrefe.
- Gardner, H. (1991). Abschied vom IQ. Die Rahmentheorie der vielfachen Intelligenzen. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Gindl, B. (2002, im Druck). Anklang finden – emotionale Resonanz als Wirkfaktor der therapeutischen Beziehung. Paderborn: Junfermannsche Verlagsbuchhandlung.
- Herzka, H.S., Jeanrenaud, M.-L. & Reukauf, W. (1992). Diagnostik der Psychopathologie des Kindes. In U. Imoberdorf, R. Käser & R. Ziehlmann (Hrsg.), Psychodiagnostik heute. Beiträge aus Theorie und Praxis. Diagnostik-Kongress vom 16. bis 18. März 1992 an der Universität Zürich (S. 267-282). Stuttgart/Dübendorf: Hirzel/Schweiz. Verband für Berufsberatung SVB.
- Joye Yenni, M. (1997). Sind projektive Tests antiquiert? Unveröff. Hausarbeit, Philos. Fakultät der Universität Zürich.
- Mummendey, H.D. (1987). Die Fragebogenmethode. Grundlagen und Anwendung in Persönlichkeits-, Einstellungs- und Selbstkonzeptforschung. Göttingen: Verlag für Psychologie.
- Rauchfleisch, U. (1998). Übersicht über projektive Verfahren und ihre Bedeutung. In U. Imoberdorf, R. Käser und R. Ziehlmann (Hrsg.), Psychodiagnostik von Individuen, Gruppen und Organisationen. Die Beiträge des Zweiten Zürcher Diagnostik-Kongresses vom 21./22. August 1997 an der Universität Zürich (S. 117-125). Stuttgart/Dübendorf: Hirzel/Schweiz. Verband für Berufsberatung SVB.
- Zentner, M. (1998). Die Wiederentdeckung des Temperaments. Eine Einführung in die Kinder-Temperamentsforschung. Frankfurt: Fischer TB.

Zimmermann, W. (1994). Psychologische Persönlichkeitstests bei Kindern und Jugendlichen. Eine Anleitung für Ärzte und Psychologen. Leipzig: Barth.