

Diagnose, Prognose, Entscheidung

1. Einige Charakteristika der psychologischen Diagnostik, Definition
2. Die klinische und die statistische Urteilsbildung
3. Die Wichtigkeit des Zielgerichtetheit und der Machtverteilung
4. Bemerkungen zur pro-/contra-Debatte in der psychologischen Diagnostik

1. Einige Charakteristika der psychologischen Diagnostik, Definition

Als ich aus der Westschweiz nach Zürich kam, hat mich der Gebrauch von Diagnose und Diagnostik in der Psychologie und insbesondere in der Angewandten Psychologie etwas gestört, weil für mich Diagnose und Diagnostik primär mit Krankheit, mit Medizin und mit Aerzten zu tun hatte. Ich hatte ein Bild der Psychologie aus der Betriebspsychologie, aus der Berufs- und Laufbahnberatung sowie aus der Schulpsychologie, das nicht notwendigerweise mit Krankheiten verbunden war. Wie ich dann erfahren habe, gibt es jedoch einen engeren (a) und einen breiteren Sinn (b) für die Begriffe Diagnose und Diagnostik:

- a) das medizinische und für Teilbereiche der Psychologie eingeeengte Verständnis für Diagnose und Diagnostik könnte man folgendermassen definieren: Diagnose ist das Erkennen einer Krankheit bei einer Person aus Mitteilungen dieser Person, aber auch aus Untersuchungen an dieser Person. Die Diagnostik wäre die Lehre vom Erkennen der Krankheit.
- b) In der breiteren Definition des Wortes, die auf die griechische Wurzel des Wortes „Unterscheidung“ zurückgeht, ist die Diagnose die systematische Erforschung der Merkmale einer Person, unabhängig von Krankheit, sowie die Beschreibung dieser Merkmale mit bereits bekannten Begriffen, um dieser Person womöglich helfen zu können. Diagnostik beinhaltet dann die Lehre und die Prinzipien dieser Erforschung. Diese Definition liegt dem Begriffsverständnis, das ich aus dem Welschland mitgebracht habe und was man dort „examen psychologique“ oder auch „examen clinique“ nennt, näher, wobei „examen clinique“ mehr die Art der Beziehung zwischen Psychologe und Klient darstellte (Fisseni, 1990).

Diese psychologische Diagnose im breiteren Sinne ist immer zielgerichtet und enthält einen Zeitfaktor, d.h. die jetzige Situation ist in einer Zeitreihe platziert und der Zeitfaktor ist sowohl im Rückblick auf die Vergangenheit wie auch in der Prognose enthalten. Die psychologische Diagnose reduziert Unsicherheiten, sie ist zielgerichtet, d.h. diese Unsicherheitsreduktion ist nicht ohne gewertetes Ziel zu bewerkstelligen und sie ist meistens klinisch im Prozess und nur selten statistisch strukturiert. Auf diese Unterscheidung zwischen klinisch und statistisch möchte ich jetzt in meinem zweiten Punkt näher eingehen:

2. Die klinische und die statistische Urteilsbildung

Ich gehe davon aus, dass es eine Phase der Diagnose gibt, die in einer Art Datenbeschaffung besteht und dass diese Datenbeschaffung zyklisch immer wieder einen

Sollzustand und einen Ist-Zustand präzisiert und definiert sowie die Diskrepanz zwischen Soll- und Ist-Zustand deutlicher macht um daraus später Aenderungsstrategien bzw. Aenderungshandlungen zu konstruieren.

Zunächst zum Aufbau dieser Vergleichsgrößen: in der klinischen Urteilsbildung werden quantitative und qualitative Daten kombiniert. Beides liegt vor und wird im Gespräch, im Test und in weiteren Verfahren aufgenommen. Diese Daten werden zum Verstehen und Erklären einer individuellen Lage benützt und zwar auf eine Art, die nicht einfach programmierbar ist, d.h. also man könnte diese Kombination nicht einem Algorithmus zuspeisen und diesen Algorithmus auf einem Computer programmieren. Diese Integration basiert auf Fachwissen, auf Erfahrungswissen, auf Intuition des Diagnostikers und alle diese verschiedenen Informationsteile werden kombiniert, kontrolliert, Hypothesen werden gebildet, der Diagnostiker sucht nach Gegenbeweisen, nach Informationen, die gegen seine ersten Annahmen sprechen, und erst wenn er diese Kontrolle durchgemacht hat, entscheidet er sich für ein vorläufiges, fixes Sollziel und für einen vorläufig stehenden Ist-Zustand.

Als Beispiel für einen kleinen Teil eines klinischen Verfahrens möchte ich das Verfahren der „Plateaux“ von André Rey (Rey, 1934) darstellen, das sowohl quantitative wie qualitative Informationen enthält und in dem beide kombiniert werden müssen, wenn man sie in einem diagnostischen Verfahren integrieren will. Das Verfahren hat ein konkretes Material, ist also nicht einfach ein Papier-Bleistift-Verfahren, sondern basiert auf Plateaux, kleinen Platten, 14cm breiten Quadraten.

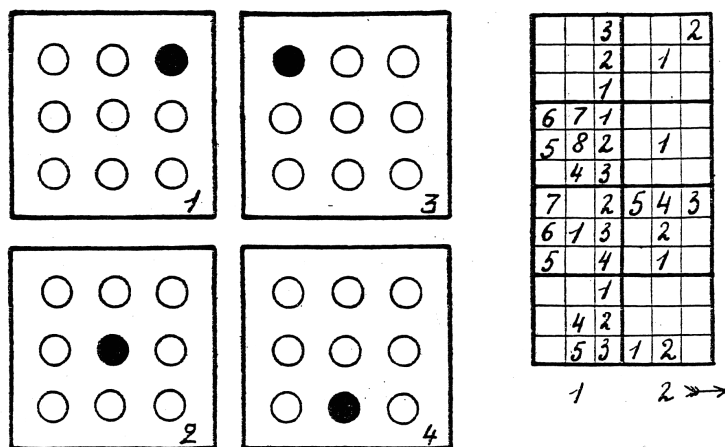


Fig. 2
Abb. 1

Auf einem solchen Quadrat sind neun Knöpfe gesetzt. Nur einer dieser neun Knöpfe ist am Plateau fixiert und mit diesem Knopf kann man das ganze Plateau heben und versetzen. Greift man nach einem anderen Knopf, dann bleibt einem der Knopf in der Hand und das Plateau kann nicht bewegt werden. Die Aufgabe des Probanden ist jeweils, den fixierten Knopf zu greifen und daran das Plateau auf dem Tisch zu versetzen. Man registriert nicht nur die Zeit, sondern auch welche Versuche der Proband macht. Das sieht man rechts von der Abb. 1: In der ersten Kolonne ist der erste Versuch mit den vier Platten untereinander und in der zweiten Kolonne sind die Versuche des zweiten Durchgangs wo man sieht, dass viel weniger Versuche notwendig waren. Man sieht auch, dass der allererste Versuch recht schnell erfolgreich war, schon beim dritten Versuch ist der richtige Knopf gefunden worden. Für das zweite Plateau in diesem ersten Versuch ging es viel länger, bis der mittlere Knopf gefunden

wurde und im nächsten Versuch versucht dann der Proband zuerst das erfolgreiche des vorherigen Plateaus. Das gelingt ihm nicht und er braucht dann doch sieben Griffe bis er zu Erfolg kommt im dritten Plateau usw.

Man sieht an der Registrierung sowohl eine Strategie, die sich verändert wie auch die quantifizierbare Erfolgsgeschichte des Lernprozesses. Beides kann eben symptomatisch werden. Erwachsene meistern diese Aufgabe in zwei bis vier Durchgängen, Kinder brauchen mehr Zeit und es gibt eine altersabhängige Entwicklung. Selbstverständlich gibt es aber auch Situationen - Belastungssituationen, Störungssituationen - , die kein rationelles Vorgehen aufzeigen oder wo ein solches wegen Ermüdung nicht durchgehalten werden kann usw. usf. Soweit ein Beispiel für einen Teil eines klinisch diagnostischen Verfahrens.

Nun zur Unterscheidung die statistische Urteilsbildung. Diese liegt vor, wenn nur quantifizierte Daten vorliegen und ihre Kombination klar ausformuliert werden kann, so dass sie beispielsweise für einen Rechner programmierbar sind. Man kann da auch mit Gewichtungen arbeiten, arithmetischen Verknüpfungen von Teilergebnissen, Grenzwerten, oberen Grenzwerten, unteren Grenzwerten usw. Ich wähle hier ein Beispiel, das ganz aktuell ist: vor kurzem erschien der siebte Bericht über die Eignungstests für das Medizinstudium in der Schweiz (Hänggen und Spicher, 2001) und hier kommen eindruckliche Ergebnisse über ein solches statistisch diagnostisches Verfahren zutage:

Die Testbatterie, die hier eingesetzt wird, enthält unterschiedliche Untertests mit figuralen und verbalem Material. Oft hat dieses Material etwas, was ich naturwissenschaftlichen Hintergrund nennen könnte. Es ist nicht so, dass man über präzises chemisches oder biologisches Wissen verfügen muss, aber man muss eine Denkart in diese Richtung beherrschen, weil diese Aufgaben naturwissenschaftliches Denkvermögen mobilisieren. Ein Teil der Aufgaben verlangt auch Merkfähigkeit und Konzentration, was aber auch insgesamt für diese Testbatterie gilt.

Das Verfahren besteht aus insgesamt zwölf Subtests, deren Rohwerte einfach aufaddiert werden, so dass ein Gesamtpunktwert dafür errechnet werden kann. Der Gesamtwert entscheidet, ob ein Studienplatz an einer der medizinischen Fakultäten der Schweiz zugesprochen wird oder eben nicht. Die Rohwerte verteilen sich zwischen ca. 80 und 130 Punkten und Abbildung 2 macht deutlich, wie sich die Ergebnisse der Probanden, die später die erste Vorprüfung bestehen, unterscheiden von den Ergebnissen jener Probanden, die diese erste Vorprüfung nicht bestehen.

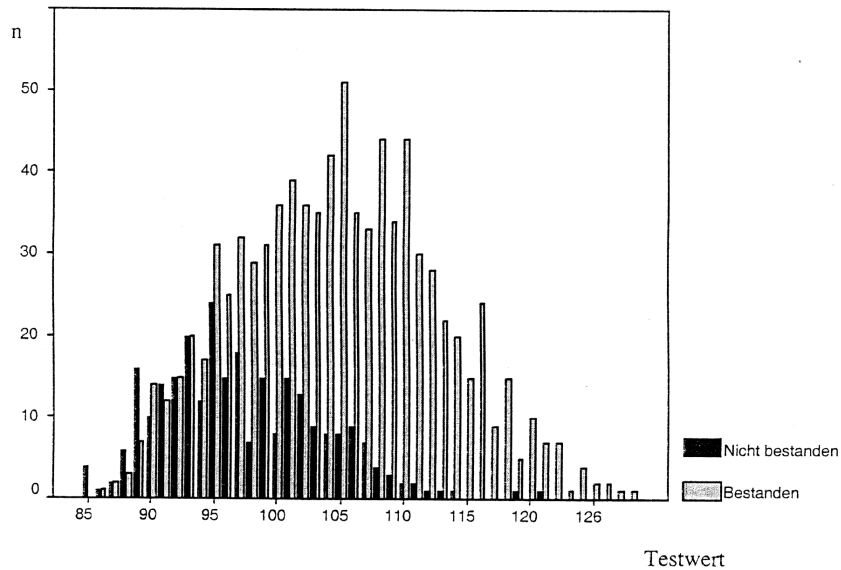


Abb. 2: Häufigkeitsverteilung für den Testwert nach dem Bestehen der ersten Vorprüfung

Auch Kandidatinnen und Kandidaten mit tiefem Rohwert haben einen Studienplatz bekommen, was die Aussagekraft der Untersuchung verbessert. Das ist so, weil die Anzahl der Kandidatinnen und Kandidaten nicht viel grösser als die Anzahl Studienplätze war, und weil ein Teil der Studierenden mit guten Testergebnissen auf ein Medizinstudium schliesslich verzichtet haben und ihr Platz für im Test weniger erfolgreiche frei wurde. Und so kommt man zu diesen Ergebnissen, die schon in der Abb. 2 sehr deutlich sind, denn man sieht eindrücklich, dass kaum Nichtbestehen vorkommt, wenn ein Ergebnis höher als 110 Punkte liegt. Der Anteil Misserfolge bei der 1. Vorprüfung wächst umgekehrt proportional zum Testwert. Es ist nun möglich, diese zwei Kurven zu kombinieren und die Reliabilität der Messungen zu berücksichtigen und so etwas wie die Wahrscheinlichkeit des Erfolges auszurechnen, was in der Abb. 3 gemacht worden ist.

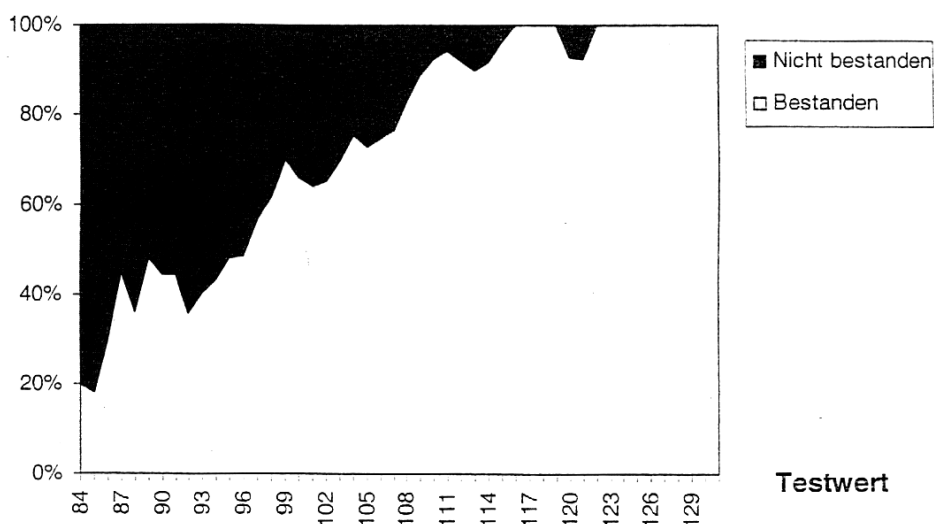


Abb. 3: Wahrscheinlichkeit des Bestehens der 1. Vorprüfung pro Testwert für Kohorte 1998 nach 2 Jahren

Hier sieht man, dass tatsächlich mit einem Ergebnis von etwa 114 praktisch 100%ige Chance da ist, die erste Vorprüfung zu bestehen, und dass diese Chance sich allmählich reduziert auf 80%, auf 60% oder auf 20% sogar, wenn das Ergebnis im Test nur bei etwa 85 Punkten gelegen ist. Diese Ergebnisse bekräftigen auch, dass es ethisch vertretbar ist, im Fall einer beschränkten Zahl von Plätzen - wenn etwa die Bildungs- oder Gesundheitspolitik im speziellen entscheidet, man wolle nicht mehr Ärzte ausbilden - die vorhandenen Plätze denen zur Verfügung zu stellen, welche die grösste Chance haben, das erste Prope zu bestehen und die somit weiter Medizin studieren können. Würde man das anders machen, würde man die Chance erhöhen, dass gute Studenten nicht berücksichtigt werden. Vorprüfungen genügen nicht, um zu einem Arzt zu werden, sind aber eine Vorbedingung dafür. In diesem Sinne finde ich es beeindruckend, dass hier Ergebnisse vorliegen, die kein Interview, kein Praktikum jemals in dieser Schärfe hätte zeigen können. Ich komme zum nächsten Punkt:

3. Die Wichtigkeit der Zielgerichtetheit und der Machtentwicklung

Zielgerichtetheit und Macht in der psychologischen Diagnostik

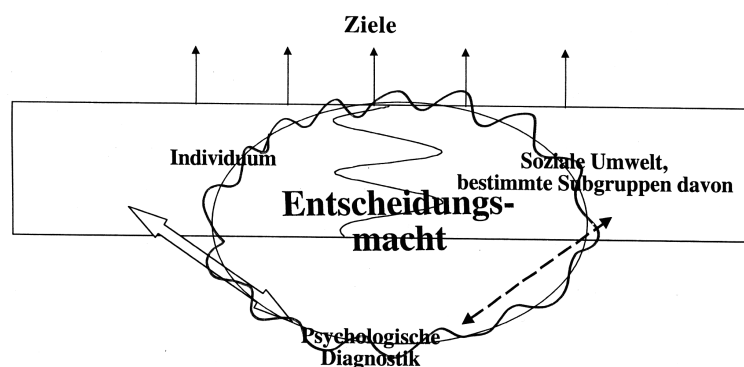


Abb. 4

Das Schema, das ich hier konstruiert habe, soll zeigen, dass das Dreieck „Individuum – psychologische Diagnostik – soziale Umwelt“ immer eine Zielrichtung, eine Aufgabe hat. Man will etwas abklären, man will Unsicherheiten abbauen im Hinblick auf ein bestimmtes Ziel, z.B. auf eine Ausbildung, eine Rehabilitation, eine Korrektur, eine Beurteilung, eventuell eine Verurteilung. In diesem Spiel ist es so, dass immer Macht verteilt ist zwischen diesen Akteuren. Es gibt Situationen, wo hauptsächlich Macht beim Individuum (Klient) ist, das ist eine Situation, in welcher das Individuum autonom bleibt, es hat die Untersuchung gewollt, es wird bestimmen, was es aus den Ergebnissen macht und wie es weitergeht. Diese Macht kann beim Individuum bleiben oder ein Teil davon auf den Diagnostiker übergehen. Das hängt u.a. davon ab, wie bestimmend der Diagnostiker auftritt. Die Ellipse der Entscheidungsmacht (vgl. Abb. 4), kann sich in diesem Feld je nach Auftrag, je nach Situation, aber auch je nach Benehmen der Akteure verschieben. So gibt es etwa Personalchefs, die sehr frei und eigenmächtig umgehen mit dem Bericht des Diagnostikers, andere wiederum würden es niemals wagen, eine Entscheidung zu treffen, die gegen die Empfehlung des Psychologen ist, denn das könnte einem ja später, wenn etwas schief läuft, vorgeworfen werden und Schwierigkeiten machen. Es ist wichtig zu realisieren, dass

sich hier etwas abspielt, das nicht fix ist. Man versucht zwar vertragsmässig und vielleicht sogar reglementarisch bzw. gesetzlich Regelungen zu treffen, im konkreten Spiel der diagnostischen Situation gibt es aber immer Variationen und Spielräume, die sogar für die Handlung der Psychologen sehr wichtig sein können. Mein Thema hier ist nicht eine Wertung dieses Phänomens, sondern das Anliegen, dass es wichtig ist, dass Diagnostiker sich dieser Situation bewusst sind, und dass sie bereit sind, darüber zu diskutieren, zu reflektieren und eventuell Revisionen zu veranlassen.

Warum ist Zielgerichtetheit so wichtig in der psychologischen Diagnostik oder darf zumindest nicht unberücksichtigt bleiben? Einmal wegen der Anwendungsorientiertheit einer psychologischen Diagnostik, die immer ein Ziel im Alltagsleben oder im Leben ausserhalb der Psychologie hat. Ein anderer Grund liegt in der Psychologie selber, denn in den psychologischen Theorien, zumal in den hier relevanten, spielt die Zielgerichtetheit stets eine wichtige Rolle. Ob Handlungstheorien, Motivationstheorien oder Persönlichkeitstheorien, sie alle enthalten immer diese Komponente der Ziele, der Werte und der Interessen des Angestrebten.

4. Bemerkungen zur pro-/contra-Debatte in der psychologischen Diagnostik

Zu meinem vierten und letzten Punkt mit einigen persönlichen Anliegen und Reflexionen, die mich immer wieder beeinflusst haben in meinen Positionen innerhalb der psychologischen Diagnostik:

1. Die sorgfältige Wahl der standardisierten Instrumente

Diese unterliegen einer gewissen Entwicklung und nicht alles, was sich früher bewährt hat, ist heute immer noch gut. Es ist zwar sehr wertvoll, sich auf die persönliche Erfahrung mit alten Instrumenten stützen zu können, aber die persönliche Erfahrung hat auch ihre Verzerrungen und diese persönlichen Erfahrungen als repräsentativ für die Gesamtbevölkerung anzunehmen ist sicherlich falsch. Es ist wichtig, den theoretischen wie quantitativen Entwicklungen der Instrumente zu folgen und an die aktuelle Modernisierung einen Beitrag zu leisten, sei es in der Auswahl der Verfahren oder sei es als Mitgestalter von neuen Instrumenten.

2. Bei Selektionsaufträgen sollte der Diagnostiker hauptsächlich leistungsorientiert arbeiten, d.h. dass er weitestgehend Selbstbeschreibungsinstrumente meidet und die Themen, die in so Selbstbeschreibungen vorkommen, nicht als quantitative „Tests“ einsetzt. Er mag sie vielleicht als Gesprächsstoff mobilisieren, dagegen ist nichts einzuwenden, aber wenn das danach statistisch entscheidungsrelevant benutzt wird, dann hab ich etwas dagegen, weil die Aussagen der Kandidaten zwischen Wahrheit und damit möglicher Minderung ihrer Chancen als Kandidaten bzw. Lüge und somit Erhöhung ihrer Chance pendeln. Ein solches Dilemma erachte ich als ethisch nicht akzeptabel für Kandidaten in Auslesesituationen.

3. Zeitfaktor, zeitlich bedingte Veränderungen berücksichtigen

Wir arbeiten als ob die Aussenwelt und die Personen stabil wären und nicht in einer zeitlich bedingten Entwicklung stehen würden. Das ist eine notwendige Vereinfachung, wir müssen aber wissen, dass unsere Prognosen vielleicht drei, vielleicht fünf, höchstens aber sieben Jahre Gültigkeit haben und dass danach diese Gültigkeit durch die Variation des Lebens und des Lebens der Organisationen der Gesellschaft sehr in Frage gestellt wird.

4. Die diagnostizierende Person muss sich einen Freiraum erkämpfen, diesen aber auch reflektieren und begründen können. Ich sprach darüber im Zusammenhang mit Machtverhältnissen. Wer im Sinne meiner vorigen Ausführungen nicht im erwähnten Freiraum handeln und funktionieren kann, der ist nicht am richtigen Platz als Diagnostiker.

5. Die Mitarbeit der getesteten Personen muss erarbeitet und gepflegt werden. Dabei spielen Vorinformationen, Einübungsmöglichkeiten und faire, transparente und aufbauende Rückmeldungen eine wichtige Rolle.

Ich hoffe, einige Referenzpunkte für die späteren Ausführungen geboten zu haben und bedanke mich für Ihre Aufmerksamkeit.

Literatur:

- Fisseni, H.-J. (1990). Lehrbuch der psychologischen Diagnostik, Göttingen: Hogrefe
- Rey, A. (1934). D'un Procédé pour évaluer l'éducabilité. Genève: Librairie Kundig
- Hänsgen K.-D. & Spicher, B. (2001). Eignungstest für das Medizinstudium in der Schweiz – Bericht über Durchführung und Ergebnisse. Bericht 7, Fribourg: Zentrum für Testentwicklung und Diagnostik