



## **Diagnostik und Beratung – Zwei Schritte oder ein Prozess**

**Dr. phil. Ulrike Zöllner, HAP**

**Eröffnungsreferat Kongress Diagnostik und Intervention  
An der Universität Zürich  
14. und 15.3.2002**

### **Sprache und Methoden der klassischen Diagnostik**

Sprache hat eine Nenn- und zugleich eine Darstellungsfunktion. In ihr drückt sich ein Sachverhalt aus, aber auch die Beziehung, die das sprechende Subjekt zu diesem Sachverhalt hat.

Welche Sprache verwenden wir in der Diagnostik?

Wir sprechen vom Versuchsleiter, der einen Pb, den Probanden, oder eine Vp, die Versuchsperson, abklärt. Mit diesem Sprachgebrauch sind wir nicht sehr weit weg vom Versuchskaninchen in der Laborforschung. Dort wird die Würde des Tieres eingefordert- wie steht es mit unserem Verständnis der Menschenwürde? Wir verstecken uns mit diesem Sprachgebrauch hinter dem neutralen Funktionsbegriff und reduzieren unser Gegenüber in der diagnostischen Situation auf die Rolle eines Objektes und Merkmalsträgers. Unser Ziel ist dabei die Gewinnung von möglichst vielen und möglichst objektiven Daten. Diese fließen ein in den Prozess der Informationsverarbeitung und Entscheidungsfindung. Am Ende steht die diagnostische Urteilsbildung, die zu einer Prognose oder zu einer Intervention im Sinne einer Veränderungsstrategie führt.

Der Prozess der Diagnostik, so wie er uns in den Lehrbüchern mit gleichnamigem Titel dargelegt wird, konzentriert sich auf die Verarbeitung der Daten *lege artis*. Die Diskussion von Datenbasis und Datengewinnung, von Entscheidungsstrategien, von wahrscheinlichkeitsstatistischer und korrelationsstatistischer Entscheidungs- und Urteilsbildung nimmt zentralen Raum ein.

### **Probleme und offene Fragen dieses Ansatzes**

Die Versuchsperson ist Merkmals- und Datenträger. Sie tritt uns hier entgegen als eine Art Blackbox, in die wir oben den Stimulus eingeben und unten den Response entgegennehmen. Sofern wir die intervenierenden Variablen ausgeschaltet haben, gehen wir stillschweigend von der Auffassung aus, dass zwischen In- und Output ein linearer Kausalzusammenhang besteht. Seit Heisenberg bezieht die Physik, an deren Modellvorstellungen sich empirisch -diagnostisches Arbeiten orientiert, mit ein, dass das beobachtete Objekt sich durch den Prozess der

Beobachtung verändert. Wo bleibt dieses Wissen in unserer Disziplin? Wo werden entsprechende Folgerungen gezogen und wirksam?

Das Individuum sowie die Beziehung zwischen Pb und VI treten vor allem als Fehlerquellen in Erscheinung. Sie werden auch nicht lebendiger, wenn es um die weiteren Schritte im diagnostischen Arbeiten geht. In der diagnostischen Fachliteratur begegnet uns in schriftlichen Abklärungs- und Gutachtenbeispielen wiederum meist der Pb. Höchstens zweimal stoßen wir auf den Menschen, der Frau oder Herr Müller heißen kann: Einmal in der Anamnese, wo die persönliche Prädiktion gefordert wird, und dann im Befund, wo eine persönliche Zuschreibung auf der Verhaltens- und Erlebnisebene erfolgen sollte – dazwischen existiert –wenn wir uns an die Fachbücher halten wollen - offensichtlich kein fachlich relevantes Verhältnis.

Schauen wir weiter die Anwendungskapitel in den Fachbüchern an. Da hören wir viel über die Diskussion der Ergebnisse im Kontext des jeweiligen Anwendungsfeldes. Die Vollständigkeit der erfassten Parameter ist ein wichtiger Punkt, ethische und rechtliche Aspekte interessieren. Der Einbezug spezifischer Variablen wird diskutiert, die Evaluation der Wirksamkeit der eingeleiteten Interventionsstrategien wird skizziert. Probleme der Passung zwischen Entscheidung, Intervention und Umfeldbedingungen kommen zur Sprache: alles wichtige Dinge. Der praktisch tätige Diagnostiker bleibt jedoch alleine zurück mit seiner Frage: Wie sag ich's meinen Klienten?

Befundgespräche sind ebenso wenig ein Thema der akademischen Psychodiagnostik wie die Umsetzung von Ergebnissen in das Beratungsprozedere.

Ich bin sicher, dass Sie auf diese skizzierten Problemstellungen und Fragen in weiteren Veranstaltungen dieses Kongresses Antworten finden werden.

### **Diagnostik und Selbstauseinandersetzung**

Kessler hat 1980 einen Leitsatz für die Anamnese formuliert. Er enthält die Aufforderung an uns, dass aus dem Probanden ein Mensch werden solle, der an seiner Diagnostik teilhat.

In der von mir dargelegten akademischen Ausrichtung geht die Diagnostik an dem Leitsatz vorbei. Im klassischen Prozedere ist und bleibt die Versuchsperson ein Proband.

Wir erheben zwar neben den T- und den Q- Daten auch noch die L-Daten, aber selbst in diesen beziehungs- und interaktiven Schritten des diagnostischen Prozesses steht die Datensammlung im Vordergrund. Der Versuch, einen klärenden und entwicklungsfördernden Prozess der Bearbeitung und Verarbeitung des eigenen Lebens bei unseren Klienten einzuleiten und zu unterstützen, wird von der universitären Psychodiagnostik nicht eingefordert und geschieht deshalb auch selten.

Biographische Daten sollten nicht nur die Aufgabe haben, Randbedingungen zu skizzieren, Hypothesen zu generieren und dadurch Leitfunktion im diagnostischen Prozess zu übernehmen sowie die Indikationsentscheidung zu präzisieren (Jäger, 1995, 3. Aufl.). Diagnostik sollte immer zugleich ein Prozess der Selbstauseinandersetzung sein, der durch jegliches Material, das wir psychodiagnostisch zum Einsatz bringen, angeregt wird. Auch wenn Plaum (1996) meint, dass diese Wirkungen der Diagnostik vernachlässigbare Nebenwirkungen

sein, zeigt die Praxis etwas anderes: Es geschieht nämlich nicht wenig in der Blackbox Klient. Selbst der einfachste Fragebogen setzt eine Selbstreflexion in Gang, die mit einem Bleistiftkreuz auf dem Antwortbogen nicht abgeschlossen ist. Dass dem so ist, muss gerade eine angewandte Diagnostik nicht nur anerkennen, tolerieren und akzeptieren, sondern auch fördern und nutzen.

### **Die innere Situation des Klienten berücksichtigen**

Wir tun das in der Praxis alle, indem wir zu Beginn eines Rückmeldegesprächs über die Ergebnisse einer Abklärung an die Tests und die Aufnahmesituation anknüpfen. Wir wollen die damaligen Erinnerungen und Prozesse „wiedererwecken“, d.h. den psychologischen Zustand bei der Untersuchung wiederherstellen. Und worin besteht dieser Zustand? Ich möchte ihn definieren als innere Befindlichkeit, die sowohl intellektuelles Erkennen und gefühlsmässiges Teilhaben enthält. Auch unsere Standardfrage: „Wie ist es Ihnen in der Zwischenzeit ergangen?“, will nicht nur klären, ob inzwischen etwas für die Fragestellung Relevantes passiert ist. Sie zielt auch auf die Folgeprozesse, die durch das Abklärungsprozedere ausgelöst wurden.

Auch wenn wir in diesem Sinne in der Praxis arbeiten und wenn wir wissen, dass bei den Klienten ein einheitlicher Verarbeitungsprozess stattfindet, der die akademische Trennung zwischen Diagnostik und Schlussfolgerungen daraus nicht oder nur sehr begrenzt einhält, ist es immer noch üblich, Diagnostik und Beratung als zwei Arbeitsschritte wahrzunehmen.

Es ist deshalb üblich, einen Klienten auf später zu verweisen, wenn er jetzt, d.h. im Anschluss an die Testaufnahme, nach Ergebnissen fragt. „Was sehen Sie jetzt daraus?“ ist eine solche Frage., die zeigt, dass der Klient Konzepte entwickelt hat, um was es in einem Test gehen könnte. Wenn die individuelle Konzeptbildung – wie es sehr häufig ist - ein Teil der Fragestellung ist, warum gehe ich dann nicht direkt auf die Frage ein? Die Rückfrage: „Was meinen Sie, um was es hierbei geht?“ impliziert gleichzeitig die Frage: „Was fürchten Sie, dass hierbei herauskommt?“ Warum dies nicht unmittelbar in einem problemzentrierten Gespräch thematisieren? Stattdessen machen wir bei einem späteren Testgespräch dem Klienten die fachliche Mitteilung zu machen, dass er Angst hat, dass sein idealisiertes Selbstbild kritisiert und demontiert wird.

### **Unmittelbare Verwertung von Ergebnissen**

Sie werden mir entgegen, dass es ja auch sehr häufig den Auswertungsschritt braucht, um etwas Substanzielles sagen zu können. Einzelergebnisse müssen gesamthaft gewertet und gewichtet werden, damit abgesichert ist, in welche Richtung diagnostische Aussagen möglich und vertretbar sind. Das ist richtig. Dennoch wird eine geübte Fachperson zentrale Punkte häufig auch ohne Testauswertung erfassen können. Warum nicht Gesichertes unmittelbar einbringen und noch zu Überprüfendes dem Klienten deklarieren? Auch dies wäre eine zentrale Rückmeldung an unser Gegenüber, nämlich über die sozial offensichtlichen und die kaschierten Aspekte seiner Person. Zudem gehe ich davon aus, dass der PC sukzessive auch unser Arbeitsumfeld verändern wird. PC-gestütztes psychodiagnostisches Arbeiten hat gerade den Vorteil, uns Resultate rasch verfügbar zu machen, damit wir Ergebnisse einsetzen und umsetzen können zu dem Zeitpunkt, wo der Klient psychologisch sensibilisiert ist.

Wir sprachen davon, dass eine angewandte Diagnostik den Prozess der Selbstauseinandersetzung nicht nur anerkennen und nutzen, sondern auch fördern soll.

Das methodische Vorgehen hat demnach ein weiteres Qualitätsmerkmal zu berücksichtigen. Zu den Gütekriterien kommt in diesem Sinne ein neues Nebengütekriterium, das ich diagnostisches Entwicklungskriterium nennen möchte. Es soll den Beitrag bezeichnen, den ein Testverfahren für die Selbstauseinandersetzung des Klienten leistet. Damit legitimiert sich auch die Anwendung von Tests, die innere Prozesse unmittelbar nach aussen objektivieren wie verbal-thematische, zeichnerische oder Gestaltungsverfahren. Sie ermöglichen über die Inquiry bzw. das klärende Testnachgespräch die Überführung der dabei gemachten Aussagen und Überlegungen in ein eigentliches Beratungsgespräch. Aber auch Tests, die wenig interaktiv sind, können „umgenutzt“ werden. Das Profil eines Fragebogens kann als Grundlage zur Selbsteinschätzung benutzt werden. Nicht nur das objektive Resultat als Vergleich zur Normpopulation interessiert uns nämlich psychodiagnostisch, sondern auch das subjektive Urteil und der Umgang mit der Selbsteinstufung von positiven und negativen Verhaltensmerkmalen.

### **Entwicklungsorientiertes Vorgehen**

Bleiben wir bei der Notwendigkeit einer angewandten Diagnostik. Was braucht eine Diagnostik, die auch beratungsaktiv wirken will? Damit ist die Frage nach den Beratungskonzepten angeschnitten. Ich denke, dass niemand eine klassische Trait-and-Factor-Beratung favorisieren würde, wo der Berater die diagnostischen Facts als Grundlage an den Klienten weitergibt und diese weitgehend selbst in Handlungsanweisungen und Beratungslösungen umsetzt. Für uns stehen mehrheitlich klientenzentrierte und entwicklungsbezogene Modelle im Vordergrund.

Für diese Vorgehensweisen sind die individuellen Ressourcen zentral. Ressourcenorientierte Psychodiagnostik erfordert einen breiteren Ansatz als eine störungszentrierte Diagnostik, sie mündet auch in andere Folgemaßnahmen ein. Der störungszentrierte Ansatz führt zu Interventionsstrategien, die primär auf Verhaltensänderung, Symptomkorrektur oder –beseitigung ausgerichtet sind. Ressourcen werden unterstützend wahrgenommen und eingesetzt. Eine person- und ressourcenzentrierte Diagnostik will in einer entwicklungsbezogenen Beratung Selbstwahrnehmung und Selbsterkenntnis, Selbstaktualisierung und Selbstwirksamkeit fördern, was auch zu einer Störungskorrektur beiträgt.

Ein erweitertes diagnostisches Prozedere, das nicht nur Symptome und Defizite feststellt, ergibt Hinweise auf wichtige beratungsrelevante Ressourcen: wie hört der Klient hin, wie fasst er auf, wie ordnet er ein, wie setzt er um, was stehen ihm für Coping - Strategien zur Verfügung. Eine Fülle von diagnostischen Befunden, die Sie, wenn Sie das klassische Vorgehen interaktiv im skizzierten Sinne ergänzen, en - passant sammeln und in Ihre diagnostische Urteilsbildung einbringen können.

### **Qualitätssicherung**

Ich möchte einen weiteren Gesichtspunkt anschneiden, der auch Thema dieses Kongresses ist: die Qualitätssicherung. Wir haben uns auch immer der Frage nach der Ökonomie zu stellen. Diagnostik erfordert – wenn die Qualität stimmen soll – einen hohen Ausbildungsstand, ist zeitintensiv und deshalb teuer. Wir stehen in der Praxis unter dem Druck, Qualität zu günstigem Preis zu liefern; die Rationalisierung

des Vorgehens muss von daher auch ein zentrales Anliegen sein. Diagnostik, die sich zugleich auch Beratungsaspekten verpflichtet fühlt, ist ökonomischer, weil sie ein breiteres Methodenspektrum einsetzt, damit auch weiterführende Fragestellungen, die sich u.U. erst aus dem psychodiagnostischen Prozedere ergeben, beantworten kann, und weil sie die unmittelbaren Gegebenheiten aus Beziehung und Kontext direkt fruchtbar macht.

Qualitätssicherung erfordert einen Kanon an orientierenden Grundsätzen. Die Leitlinien für die diagnostische Arbeit möchte ich im folgenden Katalog zusammenfassen:

#### 1. Menschenbild:

Wir gehen in unserer Arbeit grundsätzlich davon aus, dass der Mensch lernfähig ist. Die Möglichkeit zu Veränderung und Entwicklung steht jedoch in Zusammenhang mit dem Kontext und den Ressourcen.

#### 2. Professionelle Grundhaltung

Im Spannungsfeld zwischen Klient, Auftraggeber und Gesellschaft arbeiten wir unabhängig und urteilen neutral.

Wir sind primär unserem Berufsethos verpflichtet, aus dem heraus wir eine Fragestellung annehmen oder ablehnen. Übernommene Aufträge bearbeiten wir mit dem Anspruch an grösstmögliche professionelle und persönliche Kompetenz unter Wahrung von Respekt und Achtung vor dem Klienten.

#### 3. Zielsetzung

Wir erfassen, verstehen, beschreiben und beurteilen die Persönlichkeitsstruktur mit ihren individuellen Ausprägungen, ihren Fähigkeiten und Fertigkeiten, den hemmenden und fördernden Begleitfaktoren, den situativen und Kontextbedingungen. Auf dieser Basis geben wir diagnostische und prognostische Antworten auf die Fragestellung.

#### 4. Methoden

Wir arbeiten mit Testverfahren, Anamneseerhebung, Verhaltensbeobachtung und entscheidungsorientierter Gesprächsführung. Auswertung und Interpretation basieren auf den objektiven Befunden, beziehen aber qualitative Ergebnisse aus der diagnostischen Beziehung und dem Lebenskontext mit ein. Achtung und Respekt sind bei allen methodischen Schritten bis hin zur Befundformulierung leitend.

### **Ausbildung von Verhaltenskompetenz**

Was heisst das für die Ausbildung?

Wir haben Kompetenzen zu vermitteln auf drei Ebenen:

- der Methoden-, - der Fach- und der Handlungsebene. Handlungskompetenzen sind entscheidende Qualifikationen für diagnostisch tätige Fachpersonen, die sich vom der Schreibtischtätigkeit des urteilenden Gutachters lösen und in die mehr prozessorientierte Arbeit mit dem Klienten einbringen wollen. Dabei genügt es aber nicht, dass wir Handlungskompetenz verstehen als ein neues Ausbildungsfach, das Verhaltensstrategien und Verhaltensmodelle vermittelt. Wir brauchen eine Verhaltenskompetenz, die sich praktisch einübt im Umgang mit Klienten unter

Supervision und am Vorbild von versierten PraktikerInnen. Das heisst, frühe Konfrontation mit der Praxis durch studienintegrierte Praktika und durch anwendungsbezogene Lehrveranstaltungen, die z.B. im Rollenspiel Verhaltensmöglichkeiten im Umgang mit Tests aufzeigen und konkret einüben.

Ich möchte deshalb eine Definition von „Beratung als Ausdruck der Verpflichtung des Faches Psychologie gegenüber praxisbezogenen Problemstellungen“ (Herrmann et. al., 1977) aufgreifen und formulieren, dass wir eine im ausgeführten Sinne angewandte Diagnostik betreiben als Ausdruck der Verpflichtung des Faches Psychologie gegenüber der praxisbezogenen Persönlichkeitsentwicklung unserer Klienten.

Abschliessend möchte ich zum Thema „Diagnostik und Intervention – zwei Schritte oder ein Prozess?“ festhalten:

Diagnostisches Vorgehen wird sich immer stärker am Status orientieren als Interventionen, die als Massnahmenstrategie oder Massnahmenkatalog klar prozessorientiert ansetzen. Gerade die angewandte Diagnostik hängt aber zunehmend weniger an dem klassischen, auf die Durchschnittsnorm bezogenen Denken. Persönliche und kriteriumsbezogene Normen, individuelle Lernziele und Ressourcenanalysen werden immer wichtiger und führen damit die Diagnostik stärker in ein prozesshaftes und entwicklungsorientiertes Arbeiten hinein. Wir unterstützen diesen Trend mit einer angewandten Diagnostik, die

- heraustritt aus der Binnenanalyse
- ökonomisch denkt und
- bereits Anstösse zur Verhaltensänderung impliziert,
- intervenierende Kontextbedingungen miteinbezieht,
- sich dem sozialen und gesellschaftlichen Umfeld mit kontroversen und spannungsvollen Einflüssen öffnet
- und getragen wird von DiagnostikerInnen, die nicht nur Fach- und Methodenkompetenz, sondern erprobte Verhaltenskompetenzen aufweisen und die
- die Auseinandersetzung mit ihren KlientInnen nicht am Schreibtisch bei der Abfassung von Gutachten führen, sondern in der konkreten Arbeitssituation während der Abklärung und der Ergebnisbesprechung.

Ich bin sicher, dass Sie im Laufe der beiden vor uns liegenden Tage Ihre diesbezüglichen Kompetenzen wirkungsvoll erweitern können und wünsche Ihnen dabei reiche intellektuelle und emotionale Erlebnisse.

## **Literatur**

- Amelang, M. und Zielinski, W.: Psychologische Diagnostik und Intervention, Springer, Heidelberg 1997 2. Aufl.
- Bartussek, D. % Amelang M. (Hrsg.): Fortschritte der Differentiellen Psychologie und psychologischen Diagnostik. 1994
- Fischer, G. H.: Einführung in die Theorie psychologischer Tests. Stuttgart 1974
- Fisseni, H.-J.: Lehrbuch der psychologischen Diagnostik. Hogrefe, Göttingen 1997, 2. Auflage.

- Groffmann, K.J. und Michel, L. (Hrsg.): Enzyklopädie der Psychologie, Serie „Psychologische Diagnostik“ Bd.1: Grundlagen psychologischer Diagnostik, Bd.2: Intelligenz- und Leistungsdiagnostik, Bd.3: Persönlichkeitsdiagnostik., Bd.4: Verhaltensdiagnostik. Hogrefe, Göttingen 1982
- Grubitzsch, S. und Rexilius, G.: Testtheorie - Testpraxis. Rowohlt, Hamburg 1991, 2. Auflage
- Guthke, J. und Wiedl, K.H.: Dynamisches Testen. Hogrefe, Göttingen 1996
- Häcker, H., Leutner, D., Amelang, M. (Hrsg.): Standards für pädagogisches und psychologisches Testen. Supplementum Diagnostica, 1998
- Hagenböck, J.: Computerunterstützte Diagnostik in der Psychologie. Hogrefe, Göttingen 1994
- Hartmann, H.: Psychologische Diagnostik. Kohlhammer, Stuttgart 1973
- Hermann, Th., Hofstätter, P.R., Huber, H.P., Weinert, F.: Handbuch psychologischer Grundbegriffe. Kösel, München 1977
- Heiss, R.: (Hrsg.): Handbuch der Psychologie, Bd.6: Psychologische Diagnostik, Hogrefe, Göttingen 1964
- Hossiep, R.: Berufseignungsdiagnostische Entscheidungen. Hogrefe, Göttingen 1995
- Imoberdorf, U., Käser, R. und Zihlmann, R.: Psychodiagnostik heute. S. Hirzel Verlag, Stuttgart 1992
- Imoberdorf, U., Käser, R., Zihlmann, R.: Psychodiagnostik von Individuen, Gruppen und Organisationen. S. Hirzel Verlag, Stuttgart 1998
- Jackson, Ch.: Testen und getestet werden. Verlag Hans Huber, Bern 1999
- Jäger, R. S. u.a. (Hrsg.): Tests und Trends. Beltz, Weinheim 1981
- Jäger, R. S. u.a. (Hrsg.): Diagnostische Urteilsbildung in der Psychologie. Hogrefe, Göttingen 1984
- Jäger, R.S. und Petermann, F. (Hrsg.): Lehrbuch der psychologischen Diagnostik. Psychologie Verlags Union, München 1995, 3. Auflage
- Jüttemann, G. (Hrsg.): Neue Aspekte klinisch-psychologischer Diagnostik. Hogrefe, Göttingen 1984
- Kessler, B.H: Biographische Daten in der klinischen Diagnostik. In: Wittling, W. (Hrsg.): Handbuch der Klinischen Psychologie 1. Hamburg: Hoffmann & Campe, 1980
- Kersting, M.: Diagnostik und Personalauswahl mit computerunterstützten Problemlöseszenarien. Hogrefe, Göttingen 1999
- Klauer, K.-J.: Kriteriumsorientierte Tests. Hogrefe, Göttingen 1987
- Krauth, J.: Testkonstruktion und Testtheorie (mit Diskette). Psychologie Verlags Union, Weinheim 1996
- Kubinger, K.D.: Einführung in die psychologische Diagnostik. Psychologie Verlags Union, Weinheim 1995
- Kubinger, K.D.: Moderne Testtheorie. Psychologie Verlags Union, Weinheim 1989, 2. Auflage
- Kubinger, K. D. und Teichmann, H. (Hrsg.): Psychologische Diagnostik und Intervention in Fallbeispielen. 1997
- Langfeldt, H.-P. & Tent, L. (1999): Pädagogisch-psychologische Diagnostik. Bd 2: Anwendungsbereiche und Praxisfelder. Hogrefe
- Lienert, G.A.: Testaufbau und Testanalyse. Psychologie Verlags Union, München 1989, 4. Aufl.
- Lukesch, H.: Einführung in die pädagogisch-psychologische Diagnostik. Roederer 1998, 2. Aufl.
- Marschner, G.R.W.: Möglichkeiten und Grenzen der Psychodiagnostik. Hogrefe, Göttingen 1989
- Meili, R. und Steingrüber, H.-J.: Lehrbuch der psychologischen Diagnostik. Huber, Bern 1978
- Plaum, E.: Psychologische Einzelfallarbeit. Enke, Stuttgart 1992
- Plaum, E.: Einführung in die Psychodiagnostik. Primus Verlag, Darmstadt 1996
- Rauchfleisch, U.: Testpsychologie. Vandenhoeck & Ruprecht, Göttingen 1994, 3. Auflage
- Rauchfleisch, U.: Nach bestem Wissen und Gewissen - die ethische Verantwortung in Psychologie und Psychotherapie. Vandenhoeck & Ruprecht, Göttingen 1982

- Rost, J.: Lehrbuch Testtheorie, Testkonstruktion. Huber, Bern 1996
- Schmid, H.: Psychologische Tests: Theorie und Konstruktion. Universitätsverlag Freiburg, . Schweiz, Freiburger Beiträge zur Psychologie 11, 1992
- Tent, L. und Stelzl, I.: Einführung in die Diagnostik, Bd.1: Theoretische und methodische . Grundlagen. Lehrtexte Pädagogische Psychologie, Göttingen 1992
- Wottawa, H. und Hossiep, R.: Grundlagen psychologischer Diagnostik. Hogrefe, Göttingen 1987
- Van der Kooij, P.: Neue Modelle für die diagnostische Praxis. 1997