

# Personenzentrierte psychologische Diagnostik

## Eine psychologische Diagnostik im inneren Bezugsrahmen mit Kindern und Jugendlichen

Alexandra Sinzinger

Wien, Österreich

Der Personenzentrierte Ansatz stellt ein Verstehen im inneren Bezugsrahmen in den Mittelpunkt und lehnt Bewertungen von außen ab. Psychologische Diagnostik scheint mit ihrem Einsatz von Testverfahren und dem äußeren Bezugsrahmen einer Normtabelle auf den ersten Blick das genaue Gegenteil zu sein. Stellt man jedoch die personenzentrierte Haltung (Wertschätzung, Empathie, Kongruenz) in den Mittelpunkt, um zu beurteilen, was personenzentriert ist und was nicht, so wird deutlich, dass psychologische Diagnostik personenzentriert sein kann.

*Schlüsselwörter:* psychologische Diagnostik, psychologische Testverfahren, personenzentriert, innerer Bezugsrahmen

**Person-Centered psychological diagnostics. A psychological diagnostics in the internal frame of reference with children and adolescents.** The person-centered approach focuses on understanding in the internal frame of reference and disclaims external judgments. Psychological diagnostics including the application of psychological tests and the external frame of reference of norm tables seems to be quite the opposite on the first view. However, if the focus is laid on the person-centered attitude (positive regard, empathy, congruence) for evaluating what is person-centered and what is not, it becomes evident that psychological diagnostic can be person-centered.

*Keywords:* psychological diagnostics, psychological tests, person-centered, internal frame of reference

Für klinische Psychologen<sup>1</sup> ist Diagnostik selbstverständlich, ja fast identitätsstiftend. In der Personenzentrierten Psychotherapie jedoch begegnet man den Themen Diagnostik und Diagnosen wesentlich skeptischer. In meiner Arbeit mit Kindern und Jugendlichen führe ich vor (fast) jeder Psychotherapie eine klinisch-psychologische Diagnostik durch, von deren Wichtigkeit und Sinnhaftigkeit ich überzeugt bin. Dabei erlebe ich mich nicht nur als klinische Psychologin, sondern auch als personenzentriert. Diese persönliche Erfahrung ist Ausgangspunkt sowohl meiner These, dass es eine *personenzentrierte psychologische Diagnostik* gibt als auch meiner Auseinandersetzung mit der Frage, wie diese aussehen kann.

**Mag. Alexandra Sinzinger**, geb. 1980, Klinische und Gesundheitspsychologin, Personenzentrierte Psychotherapeutin

Tätigkeitsbereiche: klinisch-psychologische Diagnostik (Kinder, Jugendliche), Elternberatung, Psychotherapie (Kinder, Jugendliche, Erwachsene), Paartherapie. Arbeitsschwerpunkte: Bindungsstörungen, Autismus, Mutismus, Traumafolgestörungen, Angststörungen, Depressionen, Psychosomatik, Persönlichkeitsstörungen, Behinderung.

**Kontaktadresse:** 1140 Wien, Pfaffenbergengasse 9/2/3; E-Mail: alexandra.sinzinger@chello.at

Bewertungen – und somit auch die Bewertung, unter welchen Bedingungen eine psychologische Diagnostik als personenzentriert bezeichnet werden kann – können aus zwei Perspektiven erfolgen, und zwar in einem äußeren oder inneren Bezugsrahmen. Die Bewertung von psychologischer Diagnostik in einem äußeren Bezugsrahmen umfasst eine Recherche in der personenzentrierten Literatur zu den verschiedenen Zugängen zu Diagnose und Diagnostik, den Für und Wider und deren Begründungen sowie eine Auseinandersetzung mit psychologischer Diagnostik in der personenzentrierten Kinderpsychotherapie. Dem inneren Bezugsrahmen zufolge ist der eigentliche Diagnostiker die Person selbst (Rogers, 1951a/1972). Nur diese kann aus ihren eigenen beruflichen und persönlichen Erfahrungen, Wahrnehmungen, Gedanken, Gefühlen, Einstellungen und Reflexionen heraus wissen, wann psychologische Diagnostik personenzentriert ist und wann nicht.

<sup>1</sup> Zur leichteren Lesbarkeit wird die männliche Form verwendet, es sind jedoch Frauen und Männer gleichermaßen damit gemeint.

## Personenzentrierte Theorie als äußerer Bezugsrahmen zum Verständnis von Diagnostik

### *Carl Rogers' Sichtweise(n) von Diagnostik*

In „The Clinical Treatment of the Problem Child“ (1939) beschreibt Carl Rogers erstmals seinen therapeutischen Zugang als Psychologe *und* Psychotherapeut. Er betont die Wichtigkeit der emotionalen Beziehung zwischen Therapeut und Kind und stellt das Kind selbst und nicht seine Symptome in den Mittelpunkt: „In this book we shall deal with the child, not with behaviour symptoms“ (Rogers, 1939, S.3). Er versucht, das kindliche Verhalten zu verstehen und dabei verschiedene Einflussfaktoren wie z. B. Genetik, Bedürfnisse des Organismus, Beziehungsqualität, emotionale Unterstützung und die äußere Lebenssituation mit einzubeziehen. Diagnostischen Methoden steht Rogers durchaus offen gegenüber (Rogers, 1939; Reisel, 2001). Psychologische Tests zur Erfassung der Intelligenz sowie von Persönlichkeitsmerkmalen können wichtige Informationen liefern. Ziel von Diagnostik ist es immer, ein besseres Verständnis für das Kind zu entwickeln was sich auch im Titel des ersten Buchteils, „Ways of Understanding the Child“, widerspiegelt.

Tests sind für Rogers sehr hilfreich als Unterstützung, um zu einer Diagnose zu gelangen. Zweifel äußert er jedoch bezüglich übergroßer Erwartungen an diese Methoden und er warnt vor einer allzu mechanischen Anwendung derselben. Diagnostik ist mehr als die Durchführung von Testverfahren, sie erfordert vielmehr die Fähigkeit, Zusammenhänge zu erfassen und jene Bereiche zu erkennen, in denen eine Behandlung wesentlich ist. In diesem Sinne entwickelte Rogers die *Component Factor Method of Diagnosis*. Diese Diagnostikmethode sieht Verhaltensprobleme als Folge vieler interagierender Faktoren innerhalb und außerhalb eines Kindes. Die Methode soll dabei helfen, zu sehen, wo Veränderungen möglich und wichtig wären, sie soll Diagnostik und Unterstützung bei der Behandlungsplanung in einem sein.

1942 wird Rogers' Haltung der Diagnostik gegenüber kritischer: Meist ist eine Psychotherapie ohne Diagnostik möglich, wenn der Therapeut im Erstgespräch auf einige Aspekte (Alter, Intelligenz, Stabilität, ...) achtet. Diese Aspekte erachtet Rogers zum damaligen Zeitpunkt für wichtig, um zu beurteilen, ob eine Psychotherapie indiziert ist. Ein diagnostisches Sammeln von Informationen bewertet er kritisch, da der Klient die Verantwortung an den Berater abgibt und sich im Gegenzug die Lösung seiner Probleme erwarte (Rogers, 1942a/1972). Die Entscheidung für oder gegen eine Diagnostik solle danach erfolgen, wie die *Entwicklung von Reife* am besten gefördert werden kann.

1951 beschäftigt sich Rogers mit der Frage, ob eine Psychotherapie – analog dem medizinischen Modell – von einer

vollständigen Diagnose des Klienten ausgehen soll. In der Medizin ist eine exakte Diagnose wesentlich für die optimale Behandlung, in der Psychotherapie sei dies nicht der Fall, hier gehe es um einen Prozess. Dieser Therapieprozess beginnt bereits im Erstkontakt parallel zur Diagnostik. Daraus lässt sich schließen, dass zumindest einige Aspekte der Therapie nicht auf einer Diagnose aufbauen. Carl Rogers meint, „dass eine psychologische Diagnose, wie sie allgemein verstanden wird, für die Psychotherapie überflüssig ist und für den therapeutischen Prozeß eher schädlich sein kann“ (Rogers, 1951/1972, S.206). Kritikpunkte an der Diagnostik sind, dass diese den Ort der Wertung in den Experten (Therapeuten) legt und diese Bewertung von einem äußeren Bezugsrahmen aus den Klienten davon abbringt, Lösungen in sich selbst zu suchen, was für den therapeutischen Prozess jedoch wesentlich ist. Darüber hinaus werden soziale und philosophische Aspekte aufgegriffen: Dürfen Experten bestimmen, was *unreif* ist und in welche Richtung konstruktive Veränderung gehen soll? Personenzentrierte Psychotherapie kennt zudem nur eine Methode. Rogers postuliert sechs notwendige und hinreichende Bedingungen, damit sich ein psychotherapeutischer Prozess entwickeln kann (Rogers, 1959/2009). Allen Klienten wird mit derselben Haltung, die durch bedingungsfreie Wertschätzung, Empathie und Echtheit gekennzeichnet ist, begegnet. Eine Diagnose führt nicht zu einem differentiellen Vorgehen und hat deshalb keine Bedeutung für die Steuerung des psychotherapeutischen Handelns. Als eigentlichen Diagnostiker sieht Carl Rogers den Klienten selbst: Diagnosen von außen führen nicht zu Verhaltensänderungen. Vielmehr geht es um das innere Erleben des Klienten, um den inneren Bezugsrahmen. „In einem sehr bedeutungsvollen und genauen Sinn ist die Therapie Diagnose, und diese Diagnose ist ein Prozeß, der eher in der Erfahrung des Klienten abläuft als im Intellekt des Kliniklers“ (Rogers, 1951/1972, S.208).

### *Diagnostik im Kontext der Diskussion um störungsspezifische Zugänge*

In der weiteren Entwicklung des Personenzentrierten Ansatzes zeigen sich unterschiedliche Zugänge und Entwicklungen zum Thema Diagnostik, die wesentlich durch die Diskussion um störungsspezifische Zugänge beeinflusst werden. Dabei stellt sich die Frage, ob die von Rogers postulierten notwendigen und hinreichenden Bedingungen für Psychotherapie wirklich hinreichend sind und Personenzentrierte Psychotherapie demnach „eine Methode für alle Fälle“ ist (Hutterer, 2005). In diesem Sinne ist die Diagnose für den therapeutischen Prozess nicht handlungsleitend. Diesen Zugang vertreten z. B. Angelo Boy (1989), John Shlien (1989), Robert Hutterer (2005) und Peter Schmid (2005).

In Deutschland (Sachse, 1999) wurden vielfältige Erfahrungen in der Anwendung der Personenzentrierten Psychotherapie mit Klienten mit unterschiedlichen Störungsbildern gesammelt. Um über diese Erfahrungen kommunizieren und sich mit Kollegen austauschen zu können, sind Diagnosen wesentlich. Ebenso stellt sich die grundlegende Frage, ob für Personen mit unterschiedlichen Diagnosen ein differentielles Vorgehen sinnvoll bzw. erforderlich ist. Diese Sichtweise würde bedeuten, dass Diagnosen am Beginn einer Psychotherapie im Sinne einer Therapieeingangsdagnostik notwendig sind und das Vorgehen in der jeweiligen Psychotherapie beeinflussen.

Für Krankenkassenfinanzierungen ist Diagnostik als Basis sowie begleitend zum psychotherapeutischen Prozess erforderlich. Den Diagnostik-Leitlinien für Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten (BMGF, 2004) zufolge, sollen Fragen der Indikation (für Psychotherapie bzw. die Wahl der therapeutischen Methode) und der Notwendigkeit weiterer Abklärungen (organmedizinisch, psychiatrisch, psychologisch) mittels psychotherapeutischer Diagnostik geklärt werden.

Finke (1994; 2010) unterscheidet drei Einsatzbereiche von Diagnostik: Diagnostik zur Indikationsstellung, Diagnostik zur Erklärung von Störungen und zur Therapieplanung sowie Diagnostik für Qualitätssicherung und Forschung. Diagnostik kann auf mehreren Ebenen durchgeführt werden (Störungsdiagnostik nach ICD-10, Prozessdiagnostik). Finke sieht es als wichtig an, einerseits als Therapeut eine Diagnostik zu bejahen und andererseits ihre problematischen Seiten (Verstärkung von Abhängigkeitstendenzen, Einschränkung der vorurteilsfreien Offenheit) nicht zu verleugnen.

Nach Eckert (2006) umfasst die Abklärung der Indikation für Psychotherapie die Diagnose der Störung und die Diagnose des Selbstkonzepts. Die Diagnose der Störung erfolgt deskriptiv und phänomenologisch, kodiert wird nach ICD-10. Die Diagnose des Selbstkonzepts ist wesentlich, um die Stabilität des Selbst einschätzen zu können. Eine solche Diagnostik des Selbstkonzepts erfolgt mittels der OPD (operationalisierte psychodynamische Diagnostik). Dabei werden allgemeine Charakteristika, die Selbstwahrnehmung, die Objektwahrnehmung, die Selbststeuerung, die Abwehr/Bewältigung sowie Kommunikation und Bindung eingeschätzt. Ein ähnlicher prozessdiagnostischer Zugang findet sich bereits in der Beschreibung der Prozessstufen bei Rogers.

Schmid (1992) stellt die Frage, wem differentialdiagnostische Zugänge dienen, in den Mittelpunkt. Er betont die Wichtigkeit des phänomenologischen Zugangs. Es geht um Verständnis, nicht um Klassifikation von psychischem Leiden, die Person steht im Mittelpunkt und nicht das Symptom. Theorien müssen aus dem Bezugsrahmen des Klienten sowie aus der Beziehung gewonnen werden. Differentielle Klassifizierungen machen dann Sinn, wenn sie einem besseren Verständnis des

Klienten dienen und nicht etikettierend, sondern in einer phänomenologischen Sprache formuliert sind.

Die Effekte eines diagnostischen Zugangs hängen nach David Cain (1989) davon ab, welche Rolle der Diagnostiker und der Klient spielen, welchen Zweck die Diagnose erfüllt und wer von ihr profitiert. Er beschreibt drei diagnostische Zugänge: Im mechanischen Modell gibt es einen Experten mit Expertenwissen und besonderen Fähigkeiten in einem bestimmten Bereich. Dieser wird kontaktiert, um die Ursache eines Problems herauszufinden und dieses im Anschluss daran zu lösen (z. B. Automechaniker). Im vorschreibenden Modell wird eine Person aufgesucht, die ein Spezialwissen hat, über das der Klient nicht verfügt. Diese Person macht eine Diagnostik und schreibt dem Klienten eine Behandlung vor (z. B. Ärzte). Der Klient soll compliant sein und dem Vorgesprochenen folgen, bleibt dabei jedoch passiv und abhängig vom Behandler. Im kooperativen/gemeinschaftlichen Modell ist der Klient ein aktiver Partner sowohl in der Diagnostik als auch in der Behandlung seiner Probleme. Dies macht Personenzentrierte Psychotherapeuten wesentlich aus. In diesem Modell wird Diagnostik als ein *Das-Selbst-Verstehen* definiert. Begutachtungsmethoden inklusive psychologischer Tests sind wünschenswert und angemessen, wenn Klienten sie möchten und die Methoden den Absichten des Klienten dienen. Dieser phänomenologische Zugang ist kompatibel mit der personenzentrierten Theorie und Praxis. Er ist personenzentriert (nicht problemzentriert), sieht den Klienten ganzheitlich und ist daran interessiert, dass Klienten in einen Prozess der Selbst-Diagnose eintreten. In diesem Ansatz übernehmen Klienten selbst eine aktive Rolle in Diagnostik und Behandlung, sind weniger abhängig vom Behandler und beschreiten öfter individuelle Behandlungswege. Ein häufiger Vorwurf an Diagnostik ist, dass diese etwas sei, was von einem äußeren Bezugsrahmen heraus mit einem Klienten getan wird. Unter diesem Gesichtspunkt ist aber wesentlich, für wen die Diagnostik stattfindet. Im kooperativen Modell findet sie für den Klienten statt und unterstützt diesen dabei, etwas über sich selbst zu lernen und das Erfahrene zur Bewältigung der eigenen Probleme zu nutzen. Der Klient wird demnach in einem Prozess der Selbstdiagnose unterstützt. Diagnostischer und therapeutischer Prozess sind nicht voneinander zu trennen, was Rogers' Zugang sehr nahe steht.

Constance Fischer (1989) vertritt ebenfalls eine Position, die dem kooperativen Modell zuzurechnen ist, wobei sie die Ablehnung des vorherrschenden psychodiagnostischen Zugangs der Klassifikation teilt. Sie wendet sich gegen Expertentum, Labelling, Kategorisierungen und Objektivitätsansprüche, drückt jedoch ihre Wertschätzung für eine andere Art der Diagnostik aus, in der es darum geht, das psychische Erleben des Klienten zu verstehen. Dabei handelt es sich um

einen kooperativen, prozesshaften Diagnostikansatz, in dem das *In-Beziehung-Sein* wesentlich ist. Diagnostik kann wichtig sein, wenn die therapeutische Haltung nicht ausreicht, um das therapeutische Vorgehen an die Person und ihre Lebensumstände anzupassen. Ziel des *life-centered assessments* ist ein besseres Verständnis der Welt des Klienten und seiner Umweltbezüge. Diese Form der Diagnostik nutzt Testscores, theoretische Konstrukte und diagnostische Kategorien als Werkzeuge für ein besseres Verständnis des Klienten. Die Individualität des Klienten, Mehrdeutigkeiten und Intersubjektivität werden respektiert. Diagnostik ist dabei ein Prozess, der in Zusammenarbeit mit dem Klienten erfolgt. Es geht nicht darum, Objektivität erzielen zu wollen, sondern die Subjektivität zu schätzen. Bewerten heißt immer, eine Referenz zu haben. Fischer sieht als Referenz nicht den Bezugsrahmen des Diagnostikers, sondern den inneren Bezugsrahmen des Klienten. Ziel ist es, *mit dem Klienten* und nicht für ihn zu schauen, wie es weitergehen kann. Dabei erfolgt keine starre Empfehlung, sondern es werden die offen stehenden Möglichkeiten mit dem Klienten gemeinsam besprochen. Die phänomenologische Gleichheit zwischen Diagnostiker und Klient ist wesentlich. Fischer spricht von „individualising psychological assessment“ (Fischer, 1989, S. 168). Hierbei handelt es sich um eine Diagnostik, die sich auf konkrete Ereignisse bezieht und nicht auf Konstrukte. Sie bedient sich der Sprache des täglichen Lebens und erfolgt für den Klienten und nicht für den Diagnostiker oder sonstige externe Zwecke. Befunde sollen ebenfalls in einer erfahrungsnahen Sprache geschrieben werden. Psychologische Tests können im Interesse des Klienten einbezogen werden und dienen einem besseren Verständnis der Lebensgeschichte und des inneren Bezugsrahmens. Wesentlich ist die Resonanz des Klienten, um wirklich bei ihm und seinem Bezugsrahmen zu bleiben.

Patterson und Watkins (1982) beschreiben, wie der Einsatz von Testverfahren personenzentriert sein kann: Die therapeutische Haltung (Empathie, Respekt, Wärme, Echtheit, Konkretheit) steht im Mittelpunkt und schafft eine Atmosphäre, in der sich die Person mit den erhobenen Daten und den persönlichen Bedeutungen offen auseinandersetzen kann. Besonders wesentlich sind Wertschätzung, Respekt und die Haltung, jedem Individuum seine Selbstbestimmung zuzugestehen, die eigenen Werte und Ziele festzulegen und eigene Entscheidungen zu treffen. Messungen finden immer zum Nutzen des Klienten statt mit dem Ziel, den Klienten dabei zu unterstützen, zu einem besseren Verständnis seiner selbst zu gelangen. Personenzentrierte Testauswahl bedeutet, dem Klienten alle Informationen zu geben, die er braucht und verlangt, um selbst entscheiden zu können, ob er Diagnostik möchte und welche Verfahren den eigenen Bedürfnissen am besten dienen. Die Ergebnisse sollen objektiv und ohne Bewertungen dargestellt werden, sie

sollen gleichsam für sich selbst sprechen. Ehrlichkeit ist hierbei wichtig, auch wenn einige Ergebnisse unangenehm ausgefallen sein sollten. Denn nur wenn die Person vollständig informiert ist, ist sie in der Lage, möglichst passende eigene Entscheidungen zu treffen.

### *Unterscheidung von Diagnose und Diagnostik*

Die bisherigen Ausführungen befassen sich mit der Entwicklung der Sichtweisen von Diagnostik im personenzentrierten Konzept. Dabei wird deutlich, dass sich die Einstellung zur Diagnostik einerseits bei Carl Rogers selbst über die Jahre hinweg aufgrund seiner Erfahrungen verändert hat. Ebenso werden die kontroversen Meinungen anderer Autoren zum Stellenwert von Diagnostik erkennbar – von einer Ablehnung von Diagnose als nicht handlungsleitend und damit irrelevant für das therapeutische Handeln über eine deutliche Befürwortung des Stellens von Diagnosen in Deutschland im Zusammenhang mit störungsspezifischen Zugängen bis hin zum Versuch zu analysieren, ob und inwiefern Diagnostik personenzentriert sein kann oder nicht (Cain, 1989; Fischer, 1989; Patterson und Watkins, 1982).

In den bisher geschilderten Ansichten zum Thema Diagnose/ Diagnostik wird manchmal auf das Stellen von Diagnosen Bezug genommen, manchmal auf den Prozess der Diagnostik und manchmal auf beides. Wichtig ist, klar zwischen dem Prozess der Diagnostik und der Diagnose als Klassifikation (nach ICD-10) zu unterscheiden. *Diagnose* als Klassifikation mag in den störungsspezifischen Zugängen in Deutschland hinsichtlich kollegialen Austauschs und störungsspezifischer Zugänge sowie für Krankenkassenverrechnungen wesentlich sein. Im Sinne von Etikettierung wird Diagnose jedoch als nicht ins personenzentrierte Konzept passend abgelehnt. Der Begriff *Diagnostik* ist als Prozess und als *Verständnishilfe* (Langfeldt & Tent, 1999) zu sehen. In dieser Funktion kann Diagnostik personenzentriert sein.

Der Begriff *Diagnostik* ist noch weiter zu differenzieren: Diagnostik im Sinne eines Prozesses, der im Klienten selbst im Verlauf der Psychotherapie abläuft, ist jene Form von Diagnostik, die bereits Rogers als personenzentriert beschrieben hat. Dabei handelt es sich um psychotherapeutische Diagnostik. Wie sieht es jedoch mit psychologischer Diagnostik aus? Kann auch psychologische Diagnostik, die Testverfahren anwendet, personenzentriert sein?

Hierfür wird zunächst der Stellenwert von psychologischer Diagnostik für eine Personenzentrierte Psychotherapie mit Kindern näher beleuchtet. Anschließend geht es darum zu untersuchen, was personenzentriert bedeutet und ob daraus resultierend psychologische Diagnostik personenzentriert sein kann und wenn ja, unter welchen Bedingungen.

*(Psychologische) Diagnostik in der personenzentrierten Kinderpsychotherapie*

Im Kinderbereich suchen Eltern Hilfe, weil sie ein Problem mit ihrem Kind haben und abklären wollen, was sie tun können, um Veränderungen zu erzielen. Die Sorgen der Eltern sind vielfältig (Lern- und Verhaltensprobleme, emotionale und soziale Schwierigkeiten, Erziehungsprobleme usw.). Das erste Anliegen ist also, herauszufinden, was das Kind eigentlich braucht. Der Stellenwert von psychologischer Diagnostik ist insofern hoch, als ihr eine klärende Funktion dahingehend zukommt, welche Maßnahmen im Vordergrund stehen, um wirklich an der Ursache des Problems anzusetzen.

Der hohe Stellenwert der psychologischen Diagnostik, den Therapeuten bei der Auswahl der im Vordergrund stehenden Maßnahmen und Therapien zu unterstützen, zeigt sich in den Regelungen der Krankenkassen: In Wien und Niederösterreich ist vor jeder vollständig durch die Krankenkasse finanzierten Psychotherapie eines Kindes eine klinisch-psychologische Diagnostik erforderlich.

Mehrere personenzentrierte Kinderpsychotherapeuten beschreiben psychologische Diagnostik ebenso als etwas sehr Wesentliches (Schmidtchen, 1991; Fröhlich-Gildhoff, 2006; Weinberger, 2005; Hockel, 2011; Reisel & Wakolbinger, 2006).

Jürgens-Jahnert (2002) setzt sich besonders mit *Therapieeingangsdagnostik* auseinander und beschreibt deren Wichtigkeit für die Personenzentrierte Psychotherapie in mehreren Aspekten (Herausarbeiten der Krankheitsgenese, Verständnishilfe, Unterstützung von Elterngesprächen, Erleichterung des Einstiegs in die Therapie für Kinder durch die Erfahrung, dass sich jemand für sie und ihr Erleben interessiert). Er liefert eine Beschreibung dafür, wie psychologische Diagnostik personenzentriert sein kann: Während der Diagnostik stehen die Beziehung und nicht die Testverfahren im Vordergrund. Bei der Auswahl der Testverfahren ist neben der Fragestellung besonders auf die eigene Kongruenz zu achten. Das bedeutet, Verfahren zu wählen und durchzuführen, die dem Diagnostiker selbst sinnvoll und wichtig erscheinen und bei deren Vorgabe er sich wohl fühlt. Wesentlich ist die innere Einstellung, nicht nur die Testergebnisse als Ziel zu sehen, sondern die Beziehung zum Kind bzw. Jugendlichen in den Mittelpunkt zu stellen und das gesamte Verhalten als wertvolle Informationsquelle zu betrachten.

Im personenzentrierten Konzept bedeutet Diagnostik, einen ersten Zugang zum Bezugsrahmen des Kindes, zu seiner inneren Welt, zu bekommen. Dies kann durch Testverfahren erfolgen, aber auch durch Verhaltensbeobachtung. Häufig werden konzeptferne Verfahren angewandt, da es wenig personenzentrierte Testverfahren gibt. Die Interpretation der Ergebnisse erfolgt – besonders bei konzeptfernen wie z. B. analytischen

Verfahren – nicht anhand der vorgefertigten Konzepte, sondern vielmehr geht es um eine Beschreibung dessen, was das Kind/der Jugendliche in der jeweiligen Situation gezeigt hat. Ziel ist es, auf wiederkehrende Themen und Gefühle zu achten, die einen ersten Zugang zur inneren Welt des Kindes vermitteln und ein Verständnis für die vorliegenden Inkongruenzen ermöglichen. Die Beobachtungen und Ergebnisse werden mit dem Kind/Jugendlichen und den Eltern besprochen, um das Bild noch weiter zu klären und zu vervollständigen. Die Besprechung mit den Eltern ist ein guter Einstieg in die Elternarbeit.

Nach Jürgens-Jahnert (2002) können die Merkmale einer personenzentrierten Beziehung (Wertschätzung, Empathie, Echtheit) auch in einer Diagnostiksituation, die aufgabenorientiert und strukturiert ist, verwirklicht werden.

Betont wird von den genannten Autoren die Wichtigkeit einer *Therapieeingangsdagnostik*, also einer Abklärung, die vor Beginn der Psychotherapie stattfindet und die zu entscheiden hilft, ob eine Psychotherapie überhaupt die sinnvollste Methode ist, das jeweilige Kind zu unterstützen. In dieser Funktion als Orientierungs- und Entscheidungshilfe, aber auch darüber hinaus per se ist psychologische Diagnostik ein auf *Verständnis* ausgelegter Prozess, der einen ersten Zugang zum inneren Bezugsrahmen des Kindes ermöglicht.

Behr (2012) beschreibt, wie diagnostische Verfahren im Sinne eines humanistisch-personenzentrierten Verstehens eingesetzt werden können (Selbstbild, Selbstideal, *conditions-of-worth*, organismische Erfahrungen, Inkongruenzen, Mutterbild, Vaterbild ...).

Bei Schwab (2009) finden sich genauere Hinweise zum Einsatz von verschiedenen Testverfahren zur Eingangs-, Prozess- und Erfolgsdiagnostik in der Gesprächspsychotherapie.

Persönliche Zugänge, Erfahrungen und Reflexionen als innerer Bezugsrahmen zur Beschreibung einer personenzentrierten psychologischen Diagnostik

Was ist „psychologische Diagnostik“ und wie und unter welchen Bedingungen lässt sie sich mit der personenzentrierten Haltung verbinden? Psychologische Diagnostik besteht aus folgenden Schritten (Kubinger, 1996): Klärung der Fragestellung, Auswahl der diagnostischen Verfahren, Durchführung und Auswertung derselben, Interpretation und Gutachtenerstellung sowie Festsetzung der Intervention. Im Mittelpunkt stehen dabei der diagnostische Prozess und die Maßnahmenvorschläge, nicht die Diagnose nach ICD-10. Psychologische Diagnostik ist als Verständnishilfe (Begabungslage, störungsspezifisches Wissen) zu sehen. Sie dient nicht dazu, das Individuum mit der Klassifikation gleichzusetzen (Langfeldt & Tent, 1999).

### *Psychologische Diagnostik und personenzentriertes Menschenbild*

Unter welchen Bedingungen können die genannten fünf Schritte von psychologischer Diagnostik nach Kubinger (1996) personenzentriert sein? Entscheidend ist, *wie* und *in welcher Haltung* sie durchgeführt werden:

Was bedeutet *Fragestellung* und wer definiert diese? Handelt es sich dabei um eine klassifizierende Formulierung, beispielsweise ob eine bestimmte Störung vorliegt oder nicht bzw. welcher Ausprägung bestimmte Merkmale sind? Fragestellungen solcherart implizieren einen Experten, der sie formuliert, untersucht und beantwortet, und weisen schon zu Beginn der Diagnostik auf Expertenstatus und einen äußeren Bezugsrahmen hin. Antworten auf solche Fragen sind Diagnosen, Testwerte, ein *Ja* oder *Nein* und Ähnliches – und somit, personenzentriert gesehen, nicht sinnvoll. Das Formulieren einer Fragestellung für eine psychologische Diagnostik kann aber auch bedeuten, mit dem Klienten gemeinsam zu schauen, welche Fragen eine Person sich selbst stellt und aus diesen Fragen heraus gemeinsam mit der Person die Fragestellung zu wählen, die der psychologischen Diagnostik zugrunde gelegt wird. Als Antworten auf solche Fragestellungen ergeben sich keine Diagnosen oder sonstige kategorielle Antworten, sondern Beschreibungen und Zusammenhänge, die ein tieferes Verstehen des Erlebens einer Person ermöglichen und damit Ausdruck eines personenzentrierten Zugangs sind (Patterson & Watkins, 1982).

Im Anschluss an die Formulierung der Fragestellung erfolgt die *Auswahl der diagnostischen Verfahren*: Welche und wie viele Testverfahren sollen ausgewählt werden? Dies ist abhängig davon, welche *Funktion* und welcher *Stellenwert* den Verfahren zugeschrieben werden. Ein personenzentriertes Vorgehen wäre – analog zur Beschreibung von Jürgens-Jahnert (2002) – nicht die Testverfahren, sondern die Beziehung in den Vordergrund zu stellen und das gesamte Verhalten und nicht bloß die eigentlichen Testverfahren als wertvolle Informationsquelle und Verständnishilfe zu erachten. Daraus resultiert, dass eine begrenzte Anzahl von Verfahren, die aus der Fragestellung abgeleitet sinnvoll erscheint, vorgegeben wird. Es geht darum, eine Person besser zu verstehen, und nicht darum, möglichst viele Testwerte zur Verfügung zu haben. Weiters ist wesentlich, bei der Auswahl der Testverfahren kongruent zu bleiben. Dies bedeutet, dass die Wahl der diagnostischen Verfahren natürlich von der Fragestellung abhängig ist, besonders aber auch davon, mit welchen Testverfahren ein Diagnostiker selbst sich wohl fühlt, welche er für sinnvoll erachtet und in der Folge kongruent vorgeben kann. Eine personenzentrierte Testauswahl zeigt sich darin, vor allem jene Testverfahren auszuwählen, die von ihrer Vorgabe her ein Eingehen auf die Person zulassen und möglichst offen sind. Ein Beispiel dafür sind

projektive Testverfahren, in denen das Testmaterial nicht festgelegt, sondern offen ist und Raum dafür bietet, dass eine Person etwas von sich selbst, von ihrem Erleben und ihren Themen einbringen kann. Viele Fragebogenverfahren wie z. B. ein Depressionsinventar mögen sinnvolle Informationen über das Vorliegen einer Depression geben, sie sind jedoch auf einen bestimmten Bereich, meist eine bestimmte Störung, beschränkt. Infolgedessen erlauben sie es nicht, andere Themen zu zeigen, die für eine Person gerade wichtig sind.

Im dritten Schritt finden die *Durchführung und Auswertung der diagnostischen Verfahren* statt. Eine personenzentrierte Durchführung von psychologischen Testverfahren bedeutet, die Beziehung in den Mittelpunkt zu stellen. Dies impliziert, dass es zwar gewisse Durchführungsbestimmungen für die einzelnen Verfahren gibt, diese aber auch Spielraum für Individualität und somit ein Eingehen auf die Bedürfnisse und Möglichkeiten der jeweiligen Person offen lassen. Eine gewisse Anpassung ans Individuum entspricht nicht nur einer personenzentrierten Herangehensweise, die von Wertschätzung und Respekt geprägt ist, sondern kann darüber hinaus auch noch ermöglichen, die Verfahren sinnvoller und tiefergehender einzusetzen. Fragebögen sind hierfür ein gutes Beispiel: Eine selbstständige Beantwortung führt zwar zu Testscores, verbessert aber das Verständnis für das Erleben der Person nur bedingt. Eine „personenzentriertere“ Möglichkeit wäre, die Fragen vorzulesen, die Antworten gemäß den Vorgaben zu notieren, darüber hinaus jedoch über die Testantwort auch in ein vertiefendes Gespräch zu kommen und somit mehr über das Erleben einer Person zu erfahren. Die Vorgabe von Testverfahren ist nicht nichtdirektiv, da sie strukturiert und aufgabenorientiert ist. Dennoch ist eine gewisse Individualisierung der Durchführung möglich, die Raum gibt – Raum, den eine Person im Sinne der Aktualisierungstendenz nutzen kann, um sich selbst und ihr Erleben zu zeigen.

Die *Interpretation der Testergebnisse sowie die Gutachtenerstellung* erfolgen, personenzentriert gesehen, nicht anhand vorgefertigter Konzepte, sondern es geht um eine deskriptive Beschreibung dessen, was eine Person in der Begutachtungssituation gezeigt hat. Dies ist besonders deshalb wesentlich, weil vielen Testverfahren andere als personenzentrierte Konzepte (z. B. lerntheoretische, analytische) zugrunde liegen. Nicht ein Interpretieren steht im Vordergrund, vielmehr geht es um ein Beschreiben und ein Wahrnehmen von wiederkehrenden Themen, Gefühlen und Zusammenhängen, die einen Zugang zur inneren Welt der Person ermöglichen und eine Verständnishilfe für vorliegende Inkongruenzen darstellen. Die eigenen Beobachtungen können während der Durchführung der Testverfahren bzw. während der Besprechung der Ergebnisse mit dem Klienten besprochen werden, um sich als Diagnostiker ein Feedback zu holen, ob die Person mit den Wahrnehmungen

und Hypothesen etwas anfangen kann, ob diese zutreffend sind. Zugleich minimiert dies den Expertenstatus des Diagnostikers und verhindert externe Zuschreibungen. Die Diagnostikrückmeldung und Besprechung der Ergebnisse wird zum Einstieg in einen Prozess der tieferen Selbstexploration und stellt somit die Schnittstelle zur Psychotherapie her.

Bei der Erstellung von Befunden geht es darum, eine wertschätzende und erfahrungsnahe Sprache zu verwenden, die präzise ist, aber auch für den Klienten verstehbar bleibt. Die Person soll sich in der Beschreibung selbst erkennen können.

Die *Festsetzung der Intervention* bildet den Abschluss der Diagnostik. Die Interventionsmöglichkeiten können mit dem Klienten besprochen werden, ebenso die jeweiligen Vor- und Nachteile, sodass die Person im Sinne des kooperativen Modells (Cain, 1989) selbst für sich entscheidet und Experte für sich selbst bleiben kann. Dieses Vorgehen bei der Besprechung der Ergebnisse, der Entscheidung hinsichtlich des weiteren Vorgehens und der Erstellung von schriftlichen Befunden entspricht jenem Zugang, den Constance Fischer (1989) beschreibt. Ähnliches wird von Patterson und Watkins (1982) genannt.

Psychologische Diagnostik ist demzufolge, zusammenfassend formuliert, dann personenzentriert, wenn sie aus einer personenzentrierten Haltung heraus stattfindet, nicht als Technik verstanden und ausgeübt wird und idealerweise Anknüpfungspunkte für die Behandlung aufzeigt.

### *Persönliche Erfahrungen, Präferenzen und Reflexionen*

Im Anschluss an die genannten theoretischen Überlegungen zu einem personenzentrierten Vorgehen in der Durchführung psychologischer Diagnostik werden meine diesbezüglichen persönlichen Erfahrungen und Überlegungen erläutert.

Ich verstehe psychologische Diagnostik als einen *Prozess*, in dem es darum geht, *das Gegenüber als Person ganzheitlich wahrzunehmen sowie besser kennen und verstehen lernen zu wollen*. Die Basis der Diagnostik bildet ein personenzentriertes Beziehungsangebot, das von Wertschätzung, Empathie und Echtheit geprägt ist. An Testverfahren wende ich bei Kindern immer einen langen Intelligenztest sowie Verfahren aus dem Persönlichkeitsbereich an. Ich bevorzuge Verfahren, bei denen ich in Kontakt mit dem Kind/Jugendlichen bin und beobachten kann, *wie* die Ergebnisse zustandekommen, sowie eigene Wahrnehmungen *ansprechen* und mir eine *Resonanz* des Kindes holen kann (z. B. Unsicherheiten, Angst vor Misserfolgen, Suche nach Anerkennung ...).

### *Begabungsabklärung*

Beim Intelligenztest geht es mir natürlich *auch* darum, einen Gesamtwert zu bekommen und somit die Leistungsfähigkeit des Kindes an einer äußeren, statistischen Bezugsnorm,

nämlich dem Vergleichswert der Gleichaltrigen, zu messen. Hintergrund dafür ist für mich, Über- und Unterforderungen als (Mit)Ursachen für Verhaltensauffälligkeiten und emotionale Belastungen erkennen und einschätzen zu können sowie zu sehen, ob statt/neben einer Psychotherapie andere organisatorische Maßnahmen (z. B. Schulwechsel, Zuerkennung eines sonderpädagogischen Förderbedarfs, sonstige Maßnahmen zur Entlastung ...) bzw. eine andere Form der Therapie (Logopädie, Ergotherapie ...) für eine optimale individuelle Unterstützung notwendig sind. Ebenso ermöglicht mir das Wissen um den kognitiven Entwicklungsstand ein besseres Verständnis für das Kind (Spielwahl, Spielverhalten, Interessen, Sprache ...).

Mindestens genauso wichtig wie das Endergebnis des Tests sind mir die individuellen Stärken und Schwächen im Profilverlauf. Bezugsrahmen ist hier dieses eine Individuum: Welche Stärken und Schwächen hat das Kind? Wie stehen diese in Zusammenhang mit dem (Problem)Verhalten bzw. mit emotionalen Themen? Wie geht das Kind mit seinen Schwächen um? Wie kompensiert es diese? Welchen Umgang hat das Kind mit seinen Stärken gefunden? Gibt es extreme Stärken und Schwächen oder ist der Profilverlauf eher homogen? Mein Ziel ist es, das Verhalten des Kindes in der Begutachtungssituation und vermutlich in problematischen Situationen im Alltag aus dem Profilverlauf und der Verhaltensbeobachtung heraus besser zu verstehen und mit dem Kind/Jugendlichen in ein Gespräch zu kommen, um meine Wahrnehmungen nicht als „objektives Wissen“ hinzustellen, sondern diese in der Beziehung zu besprechen, zu hinterfragen und zu differenzieren. Die Beobachtung ermöglicht mindestens genauso viel Verständnis für das Kind wie die Testergebnisse: Motivation, Anstrengungsbereitschaft, Frustrationstoleranz, Selbstvertrauen, Konzentration, Ausdauer usw. zeigen sich dabei.

Je nach Alter des Kindes wende ich im Vorschulalter den *WPPSI-III* (Wechsler Preschool and Primary Scale of Intelligence) und im Schulalter den *WISC-IV* (Wechsler-Intelligence Scale for Children) an. Beide Verfahren erfassen viele verschiedene Teilbereiche der Intelligenz, wodurch individuelle Stärken und Schwächen gut sichtbar werden. Darüber hinaus ist die Vorgabe ausgesprochen interaktiv, was vielfältige Verhaltensbeobachtungen in der Beziehung ermöglicht.

Personenzentrierte psychologische Diagnostik im Zusammenhang mit Begabungs- und Leistungsabklärungen bedeutet – besonders bei nicht altersentsprechenden Resultaten –, die Ergebnisse als Verständnishilfen zu sehen und nicht als Etikettierung. Ebenso heißt es, das Ziel des besseren Verstehens wichtiger zu nehmen als die exakten Vorgabekriterien des Testverfahrens. Wenn Kinder also aufgrund einer geistigen oder körperlichen Behinderung, einer tiefgreifenden Entwicklungsstörung, wegen Kontaktproblemen, emotionalen

Problemen usw. den Test nicht unter den im Testmanual angeführten standardisierten Bedingungen bearbeiten können, so bedeuten starre Vorgabekriterien einen Verzicht auf ein besseres Verstehen des Kindes. Meiner Erfahrung nach gelingt es fast jedem Kind bei einer ausreichenden Individualisierung der Testvorgabe, diesen zu bearbeiten. Individualisierung kann heißen, die Testvorgabe über einen längeren Zeitraum zu strecken, Subtests ins Spiel des Kindes einzubauen, die Reihenfolge der Subtests zu variieren, Handpuppen einzubeziehen, eine Vertrauensperson die Fragen stellen zu lassen usw. Statistisch mag die Durchführung grenzwertig sein, weil sie stark von jenem Vorgehen abweicht, wie die Referenzwerte der Vergleichspopulation gewonnen wurden. Unter diesem Gesichtspunkt kann ich auch sagen, dass eine Testdurchführung nicht möglich ist. Ich verzichte dann jedoch auf viele Verständnishilfen. Wenn ich im Kontakt mit dem Kind einen Weg finde, das Kind *irgendwie* mitarbeiten zu lassen, so kann ich diese Besonderheiten der Vorgabe als eine Verhaltensbeobachtung beschreiben, die ganz wichtig ist, weil sie zeigt, *wie* dieses Kind erreichbar ist und sich beispielsweise in der Schule auf Anforderungen einlassen kann, welche Unterstützung es braucht und welche Zugänge hilfreich sind. Darüber hinaus erfahre ich zumindest teilweise, welche Stärken das Kind hat und welche Schwächen.

Eine starke Individualisierung der Testvorgabe ist zum Beispiel bei O. nötig. Der 5 Jahre und 6 Monate alte Bub befindet sich seit einigen Wochen bei meiner Kollegin in Ergotherapie. Es besteht der Verdacht einer tiefgreifenden Entwicklungsstörung. Des Weiteren soll anlässlich der Einschulung abgeklärt werden, ob O. kognitiv beeinträchtigt ist und einen Sonderschullehrplan benötigt. Ihm fallen Situationswechsel so wie das In-Kontakt-Gehen-und-Bleiben sehr schwer. Meist spielt er stereotyp für sich alleine. Immer wieder gelingen kurze Interaktionen mit der Ergotherapeutin. Ein kontinuierliches Bearbeiten von vorgegebenen Aufgaben an einem Tisch – wie es standardmäßig bei der Durchführung eines Intelligenztests vorgesehen ist – ist jedoch undenkbar. Eine starke Individualisierung der Testvorgabe ist also nötig, um auf O.s Bedürfnisse eingehen zu können. Die psychologische Diagnostik findet daher im Ergotherapiezimmer in Anwesenheit der Ergotherapeutin statt, um eine vertraute Umgebung und Sicherheit zu ermöglichen. Sie umfasst viele Stunden und besteht zu Beginn mehrere Einheiten lang ausschließlich aus Verhaltensbeobachtung und Beziehungsaufbau. Später gelingt es mehrfach für wenige Minuten pro Stunde, einzelne Subtests in das Spiel des Buben einzubauen bzw. gemeinsam mit der Ergotherapeutin vorzugeben. Der Verdacht einer tiefgreifenden Entwicklungsstörung kann anhand der Verhaltensbeobachtung bestätigt werden. Darüber hinaus zeigen sich – obwohl der Intelligenztest nicht komplett durchgeführt werden konnte – überwiegend

altersentsprechende Fähigkeiten im logischen Denken, die eine Beschulung nach dem Regelschullehrplan unter besonderen Rahmenbedingungen (individuelle Unterstützung, kleine Klassengröße, räumliche und zeitliche Möglichkeiten für Auszeiten ...) sinnvoll erscheinen lassen.

Dieses Beispiel zeigt deutlich, dass psychologische Diagnostik in Umfang und Art ihrer Durchführung vom Kind bestimmt wird. Sie darf an die Grenzen gehen, wenn sie in einer Haltung der Wertschätzung und Achtung erfolgt, nicht jedoch über die Grenzen hinaus.

#### *Persönlichkeitsabklärung*

Besonders projektive Testverfahren eignen sich für eine personenzentrierte psychologische Diagnostik, da sie ihrem Wesen nach darauf ausgelegt sind, offen zu sein und dem Kind Raum zu bieten, etwas von seiner Person, den eigenen Themen und Gefühlen hineinzulegen. Bei projektiven Testverfahren lasse ich meist das Kind wählen, ob es lieber malt (z. B. *Menschzeichentest*, *Baumzeichentest*, *Familie in Tieren*, *verzauberte Familie*) oder Geschichten erzählt (z. B. *Kinderapperzeptions-test*), und orientiere mich bei der Auswahl der Verfahren an diesen Präferenzen. Den *Menschzeichentest*, die *verzauberte Familie* und den *Colour How You Feel-Test* schätze ich besonders. Im *Menschzeichentest* wird das Kind gebeten, einen Menschen zu zeichnen, in der *verzauberten Familie* soll es seine Familie verzaubern. Beide Verfahren geben viel Raum, das eigene Erleben von sich selbst sowie der eigenen Familie zum Ausdruck zu bringen. Im *Colour How You Feel-Test* geht es darum, in eine Figur, die den eigenen Körper darstellen soll, die Gefühle *glücklich*, *traurig*, *wütend* und *ängstlich* mit jeweils einer frei gewählten Farbe an der Stelle einzuzeichnen, wo sie gespürt werden. Auch hier ist viel Raum für individuelle Gestaltung möglich und es zeigt sich, ob das Kind einen Zugang zu diesen Gefühlen findet, wo im Körper es sie spürt, ob es sie differenzieren kann, ob ein oder mehrere Gefühle nicht eingezeichnet werden können, in welchen Situationen welche Gefühle auftreten, wie das Kind mit diesen umgeht und vieles mehr.

Die Anzahl der Testverfahren wird vom Prozess beeinflusst: Habe ich das Gefühl, zu einem besseren Verständnis der Probleme des Kindes gekommen zu sein, so können weitere Testverfahren weggelassen werden. Besonders bei Verfahren zur Persönlichkeitsdiagnostik setze ich bei einem Kind mehr Verfahren ein, bei einem anderen Kind, das im Kontakt bzw. im freien Spiel schon viel von seinen Themen zeigt, sind es weniger Testverfahren.

Fragebögen gebe ich meist aus mehreren Gründen weniger gerne vor: Ich bekomme einen Testscore, erlebe aber weniger mit, wie das Ergebnis zustande kommt. Eine Möglichkeit ist hier, die Fragen als Ausgangspunkt für ein vertieftes

Gespräch zu nutzen. Ebenso erfasst ein Fragebogen immer einen bestimmten, recht eingegrenzten Bereich (z. B. Depressionsinventar, Angstfragebogen usw.). Bei der Auswahl des Verfahrens bestimme ich also bereits, dass ich mehr über den Bereich Depression oder Angst wissen möchte und ermögliche es dem Kind/Jugendlichen in diesem Testverfahren nicht mehr, andere Themen, die vielleicht aus dem Bezugsrahmen des Kindes heraus wesentlicher wären, zu zeigen.

Besonders bei kognitiv (stark) beeinträchtigten, sehr kleinen Kindern (Kindergartenalter) ist eine „klassische“ Persönlichkeitsabklärung nicht/kaum möglich. In diesem Fall wende ich nur einen Intelligenztest an (soweit dieser durchführbar ist) und biete längere Phasen des freien Spiels an, in welchem die Kinder sich analog einer Psychotherapiestunde ausdrücken können. Im Spiel werden die Themen des Kindes deutlich und die Spielentwicklung lässt auch einen groben Rückschluss auf das Entwicklungsalter des Kindes zu, sofern kein Intelligenztest durchführbar ist.

Wesentlich ist für mich, dass ich mich nicht in der normierten Vorgabe von Verfahren sicher fühle, sondern meine Sicherheit daraus beziehe, dass ich weiß, dass ich spüre, was für das Kind passt, und darauf vertraue, dass das Kind mir einen Weg zeigen wird, wie ich zu einem besseren Verständnis gelange. Freies Spiel, Pausen, Humor, Bewegung und alles, was für das Kind und für mich passt, passt nicht nur zu psychologischer Diagnostik, sondern *ist* auch psychologische Diagnostik, weil es *Beziehung* ist. Psychologische Diagnostik findet *für das Kind* statt und für niemanden sonst.

#### *Stellenwert und Nutzen von psychologischer Diagnostik als Therapieeingangsdagnostik*

Psychologische Diagnostik hat für mich bei Kindern immer und fallweise bei Jugendlichen einen großen Stellenwert als Eingangsdagnostik vor Therapiebeginn. Sie bietet die Möglichkeit, zu einem ganzheitlichen tieferen Verständnis in verschiedenen Bereichen (Begabung, Leistung, Persönlichkeit, Umfeld) sowie deren Wechselwirkungen zu kommen. Dies ist besonders bei Kindern von großer Bedeutung, um feststellen zu können, wie dem Kind am besten geholfen werden kann (z. B. Psychotherapie, andere Therapien, Elternberatung, schulische Maßnahmen ...). Was davon steht im Vordergrund?

Bei Erwachsenen führe ich keine psychologische Diagnostik vor Therapiebeginn durch. Dies hat vor allem folgende Gründe: Erwachsene können sich verbal besser ausdrücken und ein Verständnis für ihre Situation und ihre Themen gelingt über diesen Zugang gut. Ob eine Psychotherapie sinnvoll ist, lässt sich gemeinsam besprechen. Es besteht meiner Meinung nach daher (meist) keine Notwendigkeit einer psychologischen Therapieeingangsdagnostik. Mit Erwachsenen scheint es mir außerdem

deutlich schwieriger zu sein, eine *personenzentrierte* psychologische Diagnostik durchzuführen, da die Testverfahren im Erwachsenenbereich kaum in Beziehung stattfinden (Papierbleistift-Tests, Testverfahren am PC, Fragebögen, Symptomchecklisten ...).

In einer personenzentrierten Haltung durchgeführt, sehe ich psychologische Diagnostik als ein erstes Kennenlernen des Kindes in einer strukturierten Situation, die aber auch viel Raum zum Ausdruck der eigenen Person bietet. Meiner bisherigen Erfahrung nach hat die Diagnostik den Kindern meistens Spaß gemacht, wenn auch manche Aspekte davon ein wenig anstrengend waren. Häufig spüren die Kinder, dass sich jemand wirklich für sie interessiert und sie verstehen möchte und zeigen so in wenigen Stunden erstaunlich viel von dem, wie es ihnen geht und was sie beschäftigt.

Der Stellenwert der psychologischen Diagnostik, bei der Auswahl der optimalen Maßnahmen eine wichtige Verständnishilfe anzubieten, wird auch von den Krankenkassen so gesehen. In Wien und Niederösterreich ist vor jeder vollständig durch die Krankenkasse finanzierten Psychotherapie eines Kindes eine klinisch-psychologische Diagnostik erforderlich. Dies ist aus meiner Sicht aus den genannten Gründen sehr zu begrüßen. Was ich jedoch kritisch sehe, ist der Umstand, dass die Krankenkassen verlangen, dass diese Diagnostik nicht von derselben Person durchgeführt wird, die anschließend die Psychotherapie mit dem Kind macht. Meiner Erfahrung nach entsteht während der psychologischen Diagnostik eine Beziehung zum Kind und auch ein erstes grundlegendes Verstehen, welche Themen das Kind beschäftigen. Dies ist ein sehr guter Einstieg in einen weiterführenden psychotherapeutischen Prozess, weshalb ich es bevorzuge, die Therapieeingangsdagnostik mit Kindern selbst durchzuführen.

#### *Umgang mit verschiedenen Spannungsfeldern*

Meine personenzentrierte Haltung bildet die Grundlage sowohl der psychologischen Diagnostik als auch der Psychotherapie. Dennoch bestehen deutliche Unterschiede im Vorgehen vor allem dahingehend, dass psychologische Diagnostik aufgabenorientierter ist. Ich handhabe es so, dass ich Kinder zu Beginn der psychologischen Diagnostik frage, ob sie wissen, warum sie hier sind und was ihnen ihre Eltern diesbezüglich erzählt haben. Falls sie dazu nichts sagen können oder wollen, bitte ich die Eltern, dies kurz zu erklären. Danach beschreibe ich Kindern je nach Alter und Entwicklungsstand in wenigen Sätzen sinngemäß, dass wir ein Quiz für Kinder mit unterschiedlich schweren Aufgaben machen, sie zeichnen oder Geschichten erzählen und spielen werden. Dabei geht es darum, besser zu verstehen, was sie sehr gut können, wo sie noch Unterstützung brauchen, was sie beschäftigt, wie es ihnen geht und wie man sie am besten unterstützen kann.

In der letzten Diagnostikeinheit frage ich das Kind immer, ob es wissen möchte, was ich mit den Eltern besprechen möchte und ob es etwas gibt, das ich diesen nicht sagen soll. Wenn Kinder Rückmeldungen möchten, gebe ich diese in kindgerechter Form in dem Umfang, wie das Kind Interesse daran zeigt. Das Gespräch über die Ergebnisse der psychologischen Diagnostik führe ich bei Kindern bis etwa 12 Jahren (fast) immer nur mit den Eltern. Bei Jugendlichen findet die Ergebnisbesprechung mit den Eltern und mit dem Jugendlichen gemeinsam statt.

Bei einer an die psychologische Diagnostik anschließenden Psychotherapie erkläre ich in der ersten Psychotherapiestunde kurz, dass von nun an das Kind/der Jugendliche die Inhalte und Tätigkeiten in der Stunde wählen kann. Mit dem Übergang von der Aufgabenorientierung in der psychologischen Diagnostik zur Selbstbestimmung der Spiele, Tätigkeiten und Themen in der Psychotherapie habe ich sehr gute Erfahrungen gemacht. Das eigenständige Durchführen einer psychologischen Diagnostik während einer bereits laufenden Psychotherapie kommt für mich hingegen nicht in Frage, weil es bedeuten würde, meine Rolle als Psychotherapeutin und die damit einhergehende Nichtdirektivität und die freien Ausdrucksmöglichkeiten auf Seiten des Kindes/des Jugendlichen für einen gewissen Zeitraum unterbrechen zu müssen, um in die Rolle der Psychologin zu schlüpfen und in dieser aufgabenorientierter und strukturierter vorgehen zu können und schließlich wieder in die erste Rolle zurückzukehren. Bereits vorhandene Nichtdirektivität wieder zurückzunehmen sowie der doppelte Rollenwechsel stören meiner Ansicht nach den psychotherapeutischen Prozess sowie die therapeutische Beziehung und verunsichern das Kind/den Jugendlichen.

## Zusammenfassung

Psychotherapie kann personenzentriert sein, muss es aber nicht – ebenso kann psychologische Diagnostik personenzentriert sein, oder auch nicht. Entscheidend für ein personenzentriertes Vorgehen ist für mich die *Haltung*, aus der heraus ich handle – sowohl in der Psychotherapie als auch in der psychologischen Diagnostik.

Personenzentrierte psychologische Diagnostik durchzuführen heißt, dem Kind in einer Haltung aus Wertschätzung, Empathie und Echtheit zu begegnen, auf gleicher Ebene, in dem Versuch, es zu verstehen. Sie bezieht dort, wo es wichtig und sinnvoll erscheint, eine begrenzte Menge an Testverfahren ein, reduziert den diagnostischen Prozess jedoch nicht auf diese. Das Vorgehen ist durch die Anwendung der Testverfahren und deren Durchführungsrichtlinien strukturierter

und aufgabenorientierter als in einer Psychotherapie. Es widerspricht dennoch nicht der personenzentrierten Haltung, weil es in dieser stattfindet und die Beziehung und die Bedürfnisse des Individuums – falls diese mit den Richtlinien der Testvorgabe kollidieren – immer handlungsleitend sind.

Personenzentrierte psychologische Diagnostik findet *für* das Kind sowie *in Beziehung* statt. Sie ist bedeutsam als Prozess des Verstehens und zielt nicht darauf ab, Diagnosen nach ICD-10 zu stellen. Störungsspezifisches Verständnis kann jedoch helfen, das Kind besser zu verstehen und zu begleiten und das Umfeld aus diesem Verständnis heraus für das Kind und seine Bedürfnisse zu sensibilisieren.

Die Ergebnisse einer psychologischen Diagnostik werden nicht interpretiert, sondern deskriptiv in einer gut verständlichen Sprache formuliert und mit den Eltern bzw. je nach Alter und Interesse des Kindes auch mit diesem besprochen.

Durch eine Individualisierung der Testvorgabe, einen starken Einbezug der Verhaltensbeobachtung, ein Nachfragen, um zu erfahren, wie Ergebnisse zustande gekommen sind, und eine Auswahl der Testverfahren besonders im Persönlichkeitsbereich (projektive Verfahren, freies Spiel) dahingehend, dem Kind möglichst viel Raum und Aspekte der Nichtdirektivität zu bieten, wird psychologische Diagnostik besonders kindzentriert und damit personenzentriert. Sie wendet sich nach innen (Raum geben, Vertrauen auf die Aktualisierungstendenz, innerer Bezugsrahmen, Verstehen, Prozess, Beschreiben) und nicht nach außen (striktes standardisiertes Vorgehen und Normen, Bewertung, Expertenwissen, Klassifikation, Interpretation, äußerer Bezugsrahmen, Diagnosen, Direktivität).

Das Spannungsfeld von „außen“ und „innen“ zieht sich wie ein roter Faden durch die Auseinandersetzung mit der Möglichkeit einer personenzentrierten psychologischen Diagnostik, wie in folgenden Punkten deutlich wird: Technik oder Haltung, Diagnose oder Diagnostik, vorschreibendes oder kooperatives Modell, Expertenwissen oder Vertrauen auf die Aktualisierungstendenz, Testfokussierung oder Beziehungsfokussierung, äußere Normen oder innerer Bezugsrahmen, Diagnostik für bestimmte Zwecke oder für die Person selbst. Analog dazu besteht meine Auseinandersetzung aus einer Betrachtung vom äußeren Bezugsrahmen heraus (Literaturrecherche) sowie aus einer Beschäftigung mit dem inneren Bezugsrahmen (persönliches Erleben, Erfahrungen, Reflexionen). Letzteres ist das, was ich bin und womit ich arbeite, und damit das eigentlich Wesentliche.

Das „Innen“ und der innere Bezugsrahmen erinnern mich dabei an den kleinen Prinzen: „On ne voit bien qu'avec le cœur. L'essentiel est invisible pour les yeux.“ (Saint-Exupéry, 1991, S. 63): Das Wesentliche sieht man nur mit dem Herzen, es ist für die Augen unsichtbar. Es geht darum, von „innen“ zu sehen. Nicht immer gelingt uns dieser Zugang zu uns selbst und zu

anderen Menschen. Doch immer wenn er gelingt, sind wir wirklich Mensch und lebendig.

In diesem Sinne ist auch der nachfolgende, von mir geschriebene Text gemeint: Diagnostik kann sich nach dem „Äußeren“ richten und damit ein „Anders“ erheben, also klassifizieren. Sie kann aber auch auf das Innere schauen und dabei die Individualität in all ihren Facetten, Eigenheiten, Stärken, Schwächen und Bedürfnissen in den Vordergrund stellen – um zu verstehen und zu sein.

## ANDERS

ist was für andere anders ist  
eine Abweichung von der Norm  
ab-normal

weg von der Norm  
nicht dazu passen  
eine Auffälligkeit

ein Stigma  
trennend von der Mehrheit  
und von vielen gefürchtet

eine Besonderheit  
etwas was absondert von anderen  
im Sein, Spüren, Erleben, Verhalten

eine Sondierung  
wer bin ich und wer sind andere  
eine Trennung

ein auf mich gestellt sein  
tief in mir drinnen  
das bin ich und bist nicht du

ein Werden  
zum Ich  
eine Basis  
zum Du

## INDIVIDUALITÄT

## Literatur

- Behr, M. (2012). *Interaktionelle Psychotherapie mit Kindern und Jugendlichen*. Göttingen: Hogrefe.
- BMGF (2004). *Diagnostik-Leitlinie für Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten. Begriffsklärungen und Leitlinien zur psychotherapeutischen Diagnostik des BMGF* (2004).
- Boy, A. V. (1989). Psychodiagnosis. A Person-Centered Perspective. *Person-Centred Review*, 4 (2), 132–151.
- Cain, D. J. (1989). The Client's Role in Diagnosis. Three Approaches. *Person-Centred Review*, 4 (2), 171–182.
- Eckert, J. (2006). Indikationsstellung. In J. Eckert, E.-M. Biermann-Ratjen & D. Höger (Hrsg.), *Gesprächspsychotherapie. Lehrbuch für die Praxis* (S. 149–217). Heidelberg: Springer Medizin.
- Finke, J. (1994). *Empathie und Interaktion. Methodik und Praxis der Gesprächspsychotherapie*. Stuttgart: Thieme.
- Finke, J. (2010). *Gesprächspsychotherapie. Grundlagen und spezifische Anwendungen*. Stuttgart: Thieme.
- Fischer, C. (1989). A life-centered approach to psychodiagnostics. Attending to lifeworld, ambiguity, and possibility. *Person-Centred Review*, 4 (2), 163–170.
- Fröhlich-Gildhoff, K. (2006). *Gewalt begegnen. Konzepte und Projekte zur Prävention und Intervention*. Stuttgart: W. Kohlhammer.
- Hockel, C. M. (2011). *Personzentrierte Kinderpsychotherapie*. München: Ernst Reinhardt GmbH & Co KG.
- Hutterer, R. (2005). Personenzentrierte und klientenzentrierte Psychotherapie. In H. Bartuska, M. Buchsbaumer, G. Mehta, G. Pawlowsky & S. Wiesnagrotzky (Hrsg.), *Psychotherapeutische Diagnostik. Leitlinien für einen neuen Standard* (S. 139–146). Wien: Springer.
- Jürgens-Jahnert, S. (2002). Therapieeinleitung und Diagnostik in der personenzentrierten Psychotherapie mit Kindern und Jugendlichen: einige theoretische Überlegungen und praktische Anregungen. In C. Boeck-Singelmann, B. Ehlers, T. Hensel, F. Kemper & C. Monen-Engelhardt (Hrsg.), *Personzentrierte Psychotherapie mit Kindern und Jugendlichen (Band 2)* (S. 257–285). Göttingen: Hogrefe.
- Kubinger, K. (1996). *Einführung in die psychologische Diagnostik*. Weinheim: Beltz Psychologie Verlags Union.
- Langfeldt, H.-P. & Tent, L. (1999). *Pädagogisch-psychologische Diagnostik (Band 2): Anwendungsbereiche und Praxisfelder*. Göttingen: Hogrefe.
- Patterson, C. H. & Watkins, C. E. JR. (1982). Some Essentials of a Client-Centered Approach to Assessment. *Measurement and Evaluation in Guidance*, 15, 103–106.
- Reisel, B. (2001). The Clinical Treatment of the Problem Child. Carl Rogers als Kinderpsychotherapeut. *PERSON*, 2, 55–67.
- Reisel, B. & Wakolbinger, C. (2006). Kinder und Jugendliche. In: J. Eckert, E.-M. Biermann-Ratjen & D. Höger (Hrsg.), *Gesprächspsychotherapie. Lehrbuch für die Praxis* (S. 295–332). Heidelberg: Springer.
- Rogers, C. R. (1939). *The Clinical Treatment Of The Problem Child*. Boston: Houghton Mifflin Company.
- Rogers, C. R. (1942/1972). Die nicht-direktive Beratung. München: Kindler (Orig. 1942: Counseling and Psychotherapy: Newer Concepts in Practice. Boston: Houghton Mifflin).
- Rogers, C. R. (1951/2012). *Die klientenzentrierte Gesprächspsychotherapie*. Frankfurt/M.: Fischer. (Orig. 1951: Client-centered therapy. Its current practice, implications, and theory. Boston: Houghton Mifflin.)
- Rogers, C. R. (1959/2009). *Eine Theorie der Psychotherapie, der Persönlichkeit und der zwischenmenschlichen Beziehungen. Entwickelt im Rahmen des klientenzentrierten Ansatzes*. Köln: GwG (Orig. 1959: A theory of therapy, personality, and interpersonal relationship, as developed in the client-centered framework. In S. Koch, (Ed.) Psychology. A study of a science. Vol. 3: Formulations of the person and the social context (pp. 184–256). New York: McGraw Hill.)
- Sachse, R. (1999). *Lehrbuch der Gesprächspsychotherapie*. Göttingen: Hogrefe.

- Saint-Exupéry, A. (1991). *Le petit prince*. Paderborn: Ferdinand Schöningh.
- Schmid, P. F. (1992). Das Leiden. Herr Doktor bin ich verrückt? Eine Theorie der leidenden Person statt einer „Krankheitslehre“. In P. Frenzel, P. F. Schmid & M. Winkler (Hrsg.), *Handbuch der personzentrierten Psychotherapie* (S. 83–126). Köln: Humanistische Psychologie.
- Schmid, P. F. (2005). Kreatives Nicht-Wissen. Zu Diagnose, störungsspezifischem Vorgehen und zum gesellschaftskritischen Anspruch des Personzentrierten Ansatzes. *PERSON*, 1, 4–20.
- Schmidtchen, S. (1991). *Klientenzentrierte Spiel- und Familientherapie*. München: Psychologie Verlags Union.
- Schwab, R. (2009). *Diagnostische Methoden in der Gesprächspsychotherapie*. *Psychotherapeut*, 54 (3), 211–229.
- Shlien, J. (1989). Boy's Person-Centered Perspective on Psychodiagnosis. A Response. *Person-Centred Review*, 4 (2), 163–170.
- Weinberger, S. (2005). *Kindern spielend helfen. Eine personzentrierte Lern- und Praxisanleitung*. Weinheim: Juventa.