

Diagnostische Kompetenz und reflektierte Praxis: psychologische Diagnostik als dialogischer Prozeß

Sichler, Ralph

Veröffentlichungsversion / Published Version

Zeitschriftenartikel / journal article

Empfohlene Zitierung / Suggested Citation:

Sichler, R. (1996). Diagnostische Kompetenz und reflektierte Praxis: psychologische Diagnostik als dialogischer Prozeß. *Journal für Psychologie*, 4(4), 18-27. <https://nbn-resolving.org/urn:nbn:de:0168-ssoar-29314>

Nutzungsbedingungen:

Dieser Text wird unter einer Deposit-Lizenz (Keine Weiterverbreitung - keine Bearbeitung) zur Verfügung gestellt. Gewährt wird ein nicht exklusives, nicht übertragbares, persönliches und beschränktes Recht auf Nutzung dieses Dokuments. Dieses Dokument ist ausschließlich für den persönlichen, nicht-kommerziellen Gebrauch bestimmt. Auf sämtlichen Kopien dieses Dokuments müssen alle Urheberrechtshinweise und sonstigen Hinweise auf gesetzlichen Schutz beibehalten werden. Sie dürfen dieses Dokument nicht in irgendeiner Weise abändern, noch dürfen Sie dieses Dokument für öffentliche oder kommerzielle Zwecke vervielfältigen, öffentlich ausstellen, aufführen, vertreiben oder anderweitig nutzen.

Mit der Verwendung dieses Dokuments erkennen Sie die Nutzungsbedingungen an.

Terms of use:

This document is made available under Deposit Licence (No Redistribution - no modifications). We grant a non-exclusive, non-transferable, individual and limited right to using this document. This document is solely intended for your personal, non-commercial use. All of the copies of this documents must retain all copyright information and other information regarding legal protection. You are not allowed to alter this document in any way, to copy it for public or commercial purposes, to exhibit the document in public, to perform, distribute or otherwise use the document in public.

By using this particular document, you accept the above-stated conditions of use.

Diagnostische Kompetenz und reflektierte Praxis

Psychologische Diagnostik als dialogischer Prozeß

Ralph Sichler

Zusammenfassung

Trotz der eminenten Bedeutung, die das kommunikative Moment für den diagnostischen Prozeß in der psychologischen Praxis einnimmt, haben sich Wissenschaft und Forschung vor allem mit der technologischen Normierung psychologischer Diagnostik befaßt. Dies führte zu einer verkürzten Sichtweise auf die diagnostische Situation und die erforderlichen Grundkompetenzen für diagnostisches Handeln. Im Beitrag wird zunächst ein um die psychosoziale Perspektive erweitertes Kompetenzmodell vorgestellt. Daran im Anschluß wird der diagnostische Prozeß als dialogisch vermittelte Interaktion zwischen Diagnostiker und Klient entfaltet. Die kommunikative Grundlegung der psychologischen Diagnostik begreift diagnostisches Handeln als reflektierte Praxis. Auf diese Weise kann auch eher ihrem ethisch-normativen Hintergrund entsprochen werden.

PSYCHOLOGISCHE PRAXIS UND DAS TECHNOLOGISCH-NORMATIVE MODELL DES DIAGNOSTISCHEN PROZESSES

Psychologische Diagnostik ist ein zentraler Bestandteil der Berufspraxis von Psychologen. Laut einer repräsentativen Befragung unter der westdeutschen Mitgliedschaft des Berufsverbandes deutscher Psychologen liegt der ermittelte Anteil der diagnostischen Tätigkeit am Gesamt der beruflichen Aufgaben nach der Selbsteinschätzung der Praktiker bei fast 30% (vgl. Schorr 1995). In allen Anwendungsfeldern außer der klinischen Psychologie liegt er sogar über 30%. Allem Krisengerede der vergangenen Jahrzehnte (vgl. insbesondere Pulver, Lang & Schmid 1978) zum Trotz hat die psychologische Diagnostik in der Praxis offenbar ihren Platz behauptet. Natürlich ist in diesem Zusammenhang auch

von Interesse, woraus sich die diagnostische Tätigkeit der Praktiker eigentlich zusammensetzt. Die Befragung kommt hier zu einem - zumindest in meinen Augen - überraschenden Ergebnis. Die Befragten wurden gebeten, zu einer Auswahl diagnostischer Methoden wiederum den prozentualen Anteil ihrer Verwendung zu schätzen. Hier ergab sich, daß nahezu 50% der diagnostischen Tätigkeit sich aus explorativen Gesprächen zusammensetzt. Jeweils knapp ein Viertel fiel auf die Methode der Verhaltensbeobachtung bzw. der psychologischen Testung. Das kommunikative oder dialogische Moment in der psychologisch-diagnostischen Praxis nimmt demnach einen sehr breiten Raum ein. Nach wie vor ist es offenbar das explorierende Gespräch, welches dem Diagnostiker den aufschlußreichsten Zugang zur Problemlage des Klienten ermöglicht.

Dieses Ergebnis steht in einer deutlichen Diskrepanz zur wissenschaftlichen Auseinandersetzung mit der psychologischen Diagnostik. Betrachtet man die von psychologischer Forschung und Theorienbildung bereitgestellten Konzepte, Wissensgrundlagen und Methoden für das diagnostische Handeln, so wird man leicht feststellen, daß dort das dialogische Moment im diagnostischen Prozeß vollkommen vernachlässigt wird. Insbesondere ist es der technologisch-normative Zugang (vgl. Booth 1992), welcher die metatheoretische und methodologische Auseinandersetzung mit den Prozeßcharakteristika psychologischer Diagnostik bestimmt. Im Rahmen dieser Perspektive wird der diagnostische Prozeß in erster Linie als Datenverarbeitungsprozedur begriffen (vgl. insbesondere Jäger 1986). Der kommunikative Aspekt und die dialogisch vermittelte Interaktion zwischen

Diagnostiker und Klient als erfahrungs- und urteilskonstituierende Momente der diagnostischen Situation werden dabei stark vernachlässigt.

Niemand leugnet, daß der diagnostische Prozeß ein soziales und kommunikatives Geschehen darstellt. Die wissenschaftliche Auseinandersetzung mit der psychologischen Diagnostik blendet allerdings dieses zentrale Moment jeder diagnostischen Situation aus. Auf diese Weise entsteht ein gewaltiges metatheoretisches Defizit. Mit Hilfe welcher Denkansätze und Konzepte diese Lücke geschlossen werden könnte, möchte ich im folgenden aufzuzeigen versuchen. Ansatzpunkte meiner Diskussion sind der diagnostische Prozeß und die Frage nach der psychodiagnostischen Kompetenz.

Folgt man dem Datenverarbeitungsmodell des diagnostischen Prozesses, so ist dort der gesamte Verlauf psychodiagnostischer Erfahrungs- und Urteilsbildung durch Flußdiagramme und Algorithmen bis in alle Einzelheiten geregelt. Die für dialogisches Handeln wichtigen Spielräume und Ansätze für Kreativität haben hier keinen Platz. Vielmehr wird der Prozeß der diagnostischen Erfahrungs- und Urteilsbildung von einer durchgängig zwingenden Logik der Diagnostik (Westmeyer 1972) beherrscht, deren algorithmische Basis dem Diagnostiker an jeder Stelle das weitere Vorgehen exakt vorschreibt. Mit Hilfe diesem auch als normativ bezeichneten Modell diagnostischen Handelns wird versucht, den Prozeß der Urteilsbildung der Beliebigkeit und Subjektivität des einzelnen Diagnostikers zu entziehen, um es an einem technologisch konstruierten Prozeßmodell auszurichten (vgl. Westmeyer 1976).

Dem Diagnostiker bleibt hier allenfalls noch die Datenerhebung, ansonsten gleicht sein Status dem einer entmündigten Person. Zwar ist die der technologischen Normierung zugrundeliegende Intention, nämlich den diagnostischen Prozeß als transparente

und vor allem kontrollierte Praxis (Petermann 1992) zu etablieren, verständlich. Hofft man doch so, Irrtümern und Kunstfehlern bei der diagnostischen Urteilsbildung vorbeugen zu können. Doch die Vorgaben sind zumindest von ihrem Anspruch her derart begrenzt, daß die Umsetzung des gesamten diagnostischen Prozesses prinzipiell von einem Computer übernommen werden könnte. Da stellt sich natürlich die Frage, wozu es überhaupt noch eines ausgebildeten Psychologen als Diagnostiker bedarf.

MENSCHLICHES EXPERTENTUM UND PSYCHO-DIAGNOSTISCHE GRUNDKOMPETENZEN

In diesem Zusammenhang ergibt sich ein weiteres Problem: Woraus setzt sich eigentlich die Kompetenz des Diagnostikers zusammen? Wer sich hier am Datenverarbeitungsmodell orientiert, erkennt in den psychologisch-diagnostischen Grundkompetenzen vor allem die zur Urteilsbildung nötigen Wissensgrundlagen. In diesem Zusammenhang hat in Anlehnung an Kaminski (1970) und Westmeyer (1976) Jäger (1986) fünf Hauptfertigkeiten des Psychodiagnostikers benannt (vgl. Tab. 1) und deren Bezug zu den Prozeßeigenschaften kontrollierter Diagnostik dargestellt.

| | |
|--------------------------|--|
| Kompetenzwissen | Wer ist wofür kompetent? |
| Bedingungswissen | Welche möglichen Bedingungs- hintergründe hat Verhalten und welches sind ihre weiteren Aus- wirkungen? |
| Technolog. Wissen | Wie lassen sich Personenmerk- male, Umweltmerkmale und Merkmale von Person-Umwelt- Interaktionen erfassen und aus- werten? |
| Vergleichswissen | Wie ist das Verhalten einer Per- son im interindividuellen Ver- gleich zu beurteilen? |
| Änderungswissen | Wie lassen sich Personen än- dern? |

Tab.1 Grundkompetenzen des Diagnostikers im Datenverarbeitungsmodell (nach Booth 1992 sowie Westmeyer 1976, 75)

Da der diagnostische Prozeß als Prozedur der Datenaufnahme und Datenintegration konzipiert ist, setzt sich psychodiagnostische Kompetenz in erster Linie aus einem Wissens- und Methodenvorrat zusammen, auf den der Diagnostiker an geeigneter Stelle zurückgreift. Der Aufruf der jeweiligen Wissensgrundlagen folgt dem bereits erwähnten Algorithmensystem (vgl. Westmeyer 1976). Wiederum gibt es keinen Spielraum, die Kompetenz des Diagnostikers entspricht den Fähigkeiten und Möglichkeiten eines wissensbasierten Regelkanons oder Expertensystems. Auch hier könnte man die Realisierung der gesamten Prozedur einem entsprechend programmierten Computer überlassen.

Mit der skizzierten Konzeption geht allerdings eine längst fragwürdig gewordene Vorstellung von menschlichem Expertentum einher. Die Art und Weise, in der erfahrene Praktiker vor allem komplexe Probleme angehen und zu lösen versuchen, kann mit einem Algorithmus nicht vollständig erfaßt werden. Allenfalls bei Routineaufgaben oder in speziellen, eng reglementierten Domänen wie dem Schachspiel oder einem Hauptbahnhof (Rangierlogistik) ist der Computer dem Menschen überlegen. In allen anderen, nicht derart eng abgesteckten Problembereichen kommt es in erster Linie auf das praktische Alltagswissen der Experten an. Die wissensbasierten Systeme versagen hier kläglich¹.

Dreyfus und Dreyfus (1987) führen den Unterschied zwischen der menschlichen und computergesteuerten Problembearbeitung auf den leibbezogenen Wahrnehmungs-, Denk- und Handlungsbezug des Menschen zur Welt zurück (vgl. dazu auch Merleau-Ponty 1966). Im Unterschied zum Computer macht der Mensch leibhaftige Erfahrungen, welche den Grundstock für jede Form von praktischer Kompetenz bilden. Solche Erfahrungen liegen nicht expliziert und jederzeit greifbar als wissensbasierte Regeln im menschlichen Kognitionsapparat vor. Vielmehr ist der im alltäglichen Handlungskon-

text erworbene Erfahrungshintergrund in erster Linie als praktisches Wissen oder auch als Können anzusehen, welches weitgehend intuitiv im jeweiligen Problemzusammenhang das menschliche Handeln orientiert und koordiniert.

In einer phänomenologischen Analyse der verschiedenen Stufen menschlichen Expertentums konnten Dreyfus und Dreyfus zeigen, daß das dem Computermodell folgende Handeln nach einem explizierten Regelkanon (Algorithmensystem) allenfalls im Anfängerstadium zu beobachten ist. Der Novize ist sich bei seinen Entscheidungen noch unsicher, deshalb bedarf er einer klaren Anleitung. Mit der Zunahme an Kompetenz ändert sich dies grundlegend. Denn menschliches Expertentum besteht nicht in der Verinnerlichung und blinden Abwicklung einer algorithmisch konzipierten Prozedur. Vielmehr zeichnet es sich durch ein situationsgebundenes, komplex strukturiertes und eben nicht komplett explizierbares Erfahrungs- und Hintergrundwissen aus. Novizen gehen wie Computer bei der Problembearbeitung weitgehend analytisch und kontextfrei vor. Ihre Einstellung zum Problembereich ist eher distanziert. Demgegenüber sind menschliche Experten an ihrem Tun gefühlsmäßig beteiligt und berücksichtigen je nach Situation auch den Kontext eines Problems.

Wenn wir dieser Analyse folgen, so ist festzuhalten daß computergesteuerte Expertensysteme allenfalls die ersten Stufen auf dem Weg zum Expertentum erreichen können. Gleiches läßt sich auch von jenen Diagnostikern sagen, die ihr Handeln vor allem an der technologisch-normativen Konzeption der psychologischen Diagnostik ausrichten. Auf diese Weise halten sie sich die Möglichkeit, Erfahrungen zu machen und aus diesen auch zu lernen, buchstäblich vom Leib. Dieses Problem, das sich vor allem dann ergibt, wenn man versucht, die algorithmische Konzeption des diagnostischen Prozesses puristisch umzusetzen, ist mittlerweile auch erkannt (vgl. etwa Booth

1992). So macht Fiedler (1984) darauf aufmerksam, daß es in erster Linie das methodische Können ist, was den Diagnostiker vom Laien unterscheidet. Gleichzeitig muß er aber auch auf solche allgemein-menschliche Fähigkeiten zurückgreifen, die sich durch das gängige Methodeninventar der Psychologie nicht ersetzen lassen. Gemeint sind solche Fähigkeiten wie »Kreativität, Flexibilität, soziale Intelligenz, Improvisation, komplexe Mustererkennung und nicht zuletzt Sprachgefühl« (309).

PRAXISKONSTITUIERENDE UND PRAXISREFLEKTIERENDE KOMPETENZ IN DER PSYCHOLOGISCHEN DIAGNOSTIK

Um diesen eher globalen Kompetenzfertigkeiten entsprechen zu können, muß der diagnostische Prozeß nicht als Datenverarbeitungsprozedur, sondern als psychosoziale Situation begriffen werden (vgl. Booth 1992). Im Zentrum der Betrachtung steht die dialogisch vermittelte Interaktion der beteiligten Akteure. Im Rahmen dieser kom-

munikativen Konzeption wird das diagnostische Handeln in erster Linie von solchen Kompetenzen getragen, die psychodiagnostische Praxis überhaupt erst ermöglichen. Im Anschluß an die Überlegungen zu menschlichem Expertentum nenne ich sie praxisbegleitende oder praxiskonstituierende Kompetenzen. Sie befähigen unmittelbar zum diagnostischen Handeln. Sie stehen eher für ein Können, denn für ein Wissen im Sinne eines vollständig explizierbaren Regelkanons. Im Anschluß an andere Terminologien können wir diese Basiskompetenzen auch knowing how (Ryle 1949) oder implizites Wissen (Polanyi 1985) nennen. Das gesamte Spektrum der praxisbegleitenden Kompetenzen unterteile ich in vier Teilbereiche, nämlich in theoretische, methodische, kommunikative und empathische Kompetenzen (vgl. Abb. 1). Diesen Kompetenzbereichen sind jeweils praxisreflektierende, nämlich metatheoretische, methodologische, metakommunikative und ethische Kompetenzen zugeordnet.



Abb. 1 Psychodiagnostische Grundkompetenzen im psychosozialen Modell

Sie setzen an den Fragen und Problemen² des Diagnostikers angesichts seiner eigenen Praxis an und erlauben die Explikation der Grundlagen seines Handelns in Form von Theorien, Methodologien, Modellen, Paradigmen, etc. Auf diese Weise wird die selbstkritische Reflexion und damit auch eine Verbesserung der psychodiagnostischen Praxis ermöglicht. Den eben vorgestellten Alternativterminologien folgend stehen die praxisreflektierenden Kompetenzen für explizites Wissen oder auch *knowing that*. Sie sorgen dafür, daß psychodiagnostisches Handeln nicht unbedacht erfolgt. Sie bewirken eine veränderte Einstellung des Diagnostikers zu seinem Tun: aus dem unbedacht handelnden, reinen Praktiker wird der kritisch reflektierende oder kritisch forschende Praktiker (vgl. dazu auch Jaeggi 1991).

DIAGNOSTISCHES HANDELN ALS KOMMUNIKATIVES HANDELN

Im Rahmen des technologisch-normativen Modells psychologischer Diagnostik wird der Klient in erster Linie als Träger von Eigenschaften oder Merkmalen betrachtet, die für die diagnostische Urteilsbildung relevant sind. Er ist Objekt distanzierter theoretischer Betrachtung und methodisch möglichst exakter Vermessung. Mithilfe des diagnostischen Urteils soll die psychische Realität des Klienten möglichst genau wiedergespiegelt werden. Die diagnostische Kompetenz dient einem streng objektivierten Erkenntnisprozeß. Das diagnostische Handeln ist in seinen erkenntnisconstitutiven Grundzügen vor allem instrumentelles Handeln. Die technologische Normierung der gesamten diagnostischen Situation fungiert als Mittel zum Zweck objektiver Wahrheitsfindung. Dabei werden Klient und Diagnostiker weitgehend entpersonalisiert. Sie sind in den diagnostischen Prozeß nicht als selbständige und weitgehend eigenverantwortlich handelnde Dialogpartner eingebunden, sondern in ihren Handlungsmöglichkeiten auf die Subjekt- und Objektrolle einer

Erkenntnisprozedur festgelegt, die weitestgehend einem instrumentellen Rationalitätskalkül folgt³.

Das erweiterte Modell psychodiagnostischer Grundkompetenzen betrachtet das Handeln im diagnostischen Prozeß in erster (und nicht erst in zweiter) Linie als soziales Handeln. Dies meint nicht nur das gegenseitige Aufeinandereinstellen der beiden Interaktionspartner. Denn eine Abstimmung zwischen der Tätigkeit des Diagnostikers und dem Verhalten des Klienten sieht ja auch die technologisch-normative Konzeption des diagnostischen Prozesses vor. Vielmehr bedeutet der soziale Handlungscharakter der psychodiagnostischen Situation, daß der gesamte Prozeß der diagnostischen Erfahrungs- und Urteilsbildung aus der dialogisch vermittelten Interaktion zwischen Diagnostiker und Klient hervorgeht. Mit anderen Worten: Die Kommunikation zwischen den Akteuren ist das zentrale Medium psychologisch-diagnostischer Erkenntnisbildung.

Dies ist auch bei der technologisch-normativen Variante des diagnostischen Prozesses der Fall. Ebenso stellt jedes Testverfahren eine - freilich stark restringierte - Form des Dialogs zwischen Diagnostiker und Klient dar. Allerdings wird bei diesen Modellierungen des diagnostischen Prozesses das hermeneutische sowie das heuristische Potential psychologisch-diagnostischer Erkenntnisbildung verschenkt. Die technologische Normierung der diagnostischen Situation läßt es weder zu, daß der subjektive Sinn der Problemlage des Klienten vor dem Hintergrund seines sozialen Umfelds interpretativ erschlossen werden kann, noch ist es denkbar, daß bislang unberücksichtigte Sicht- oder Zugangsweisen Raum für neue theoretische oder methodische Perspektiven im Rahmen der diagnostischen Erfahrungs- und Urteilsbildung schaffen.

Wenn wir die Erfahrungs- und Urteilsbildung im diagnostischen Prozeß als soziales Handeln begreifen und damit den gesam-

ten Erkenntnisvorgang auf den Kontext der dialogisch vermittelten Interaktion zwischen Diagnostiker und Klient beziehen, so müssen wir, um den Prozeß in seiner geltungsbegründenden Funktion verstehen zu können, auf die jeweils verfolgten Handlungsorientierungen der Akteure achten. Grundsätzlich kann jedes diagnostische Urteil als Ergebnis der Verständigung zwischen Diagnostiker und Klient nur dann Geltung beanspruchen, wenn auf beiden Seiten verständigungsorientiert oder kommunikativ gehandelt wird. Jürgen Habermas spricht von kommunikativen Handlungen, »wenn die Handlungspläne der beteiligten Akteure nicht über egozentrische Erfolgskalküle, sondern über Akte der Verständigung koordiniert werden. Im kommunikativen Handeln sind die Beteiligten nicht primär am eigenen Erfolg orientiert; sie verfolgen ihre individuellen Ziele unter der Bedingung, daß sie ihre Handlungspläne auf der Grundlage gemeinsamer Situationsdefinitionen aufeinander abstimmen können. Insofern ist das Aushandeln von Situationsdefinitionen Bestandteil der für das kommunikative Handeln erforderlichen Interpretationsleistungen« (1981, 385, H.v.m.).

Schon aus dieser Erläuterung des verständigungsorientierten Handelns ist ersichtlich, daß jede technologische Reglementierung des diagnostischen Prozesses mit dem Aushandeln gemeinsamer Situationsbestimmungen kaum zu vereinbaren ist. Die Unvereinbarkeit ergibt sich insbesondere dann, wenn der Diagnostiker nicht bereit ist, sein wissenschaftlich begründetes Verständnis der Problemlage des Klienten auch hinterfragen zu lassen. Kommunikatives Handeln bedeutet, daß die lebensweltliche Sichtweise gleichrangig mit den theoretischen und methodischen Perspektiven aus Wissenschaft und psychologischer Forschung verhandelt wird. Erst, wenn es gelingt, unter den beteiligten Akteuren einen Konsens über die verhandelte Problem- oder Entscheidungslage herzustellen, kann

auch das erzielte diagnostische Urteil Geltung für sich beanspruchen⁴.

Dies setzt voraus, daß alle am diagnostischen Prozeß Beteiligten nicht nur strategisch handeln. Ihr dialogisches Handeln darf nicht durch die Absicht der Maximierung des eigenen Nutzens und Vorteils bestimmt sein, sondern weiß sich der Orientierung verpflichtet, den offenen Meinungsaustausch zu pflegen und zu fördern. Friedrich Kambartel hat als Basisidee dieser Art von Kommunikation das »unvoreingenommene, zwanglose und nicht persuasive Gespräch« (1974, 66) vorgestellt. Dies bedeutet, daß alle am Dialog Beteiligten ihr eigenes Situationsverständnis zur Diskussion stellen, das Gespräch durch keinerlei Sanktionierungsmaßnahmen beeinflusst wird sowie jedermann diejenigen Meinungen und Interessen vorbringt, die er auch tatsächlich hat (vgl. dazu auch Zitterbarth & Werbik 1990 sowie Sichler 1996).

Es gibt kaum eine diagnostische Problemstellung, in der diese Rahmenbedingungen für eine unverzerrte Kommunikationssituation auch nur annähernd als gegeben betrachtet werden können. Insofern ist die Ausrichtung des diagnostischen Prozesses als dialogische Praxis am kommunikativen Handeln als regulatives Ideal anzusehen. Im Zuge der diagnostischen Erfahrungs- und Urteilsbildung ist aber der Diagnostiker auf die vertrauensvolle Mitarbeit des Klienten auch angewiesen. Das heißt, beide Tendenzen, die Verständigungsorientierung und das strategische Moment, sind Bestandteil psychologisch-diagnostischer Praxis. Der Diagnostiker muß hier eine Balance herstellen, das heißt, zwischen Vertrauen und Macht auszugleichen versuchen. Gerade in solchen Fällen, bei denen der Klient durch äußere Zwänge einem diagnostischen Verfahren unterworfen wird (etwa im Fall eines psychiatrischen Gutachtens) oder ein hoher Erfolgsdruck besteht (etwa im Falle eines eignungsdiagnostischen Auswahlverfahrens), wird das strategische Moment über-

wiegen. Dennoch sollten im engeren Rahmen der diagnostischen Situation Bedingungen geschaffen werden, damit Verständigung wenigstens im Ansatz gelingt und ein möglichst unvoreingenommener und zwangloser Dialog entstehen kann.

Erfahrene Diagnostiker sind aber auch mit all jenen Faktoren in ihrem Aktionsradius vertraut, die die offene Dialogbereitschaft einschränken oder gefährden. Aus diesem Grund wurde die Sensibilität für mögliche Störgrößen zu den diagnostischen Grundkompetenzen mit hinzugezählt. Solche Störungen können auch in den beteiligten Akteuren selbst liegen und diesen gar nicht bewußt sein. In diesem Fall würden sich Klient oder Diagnostiker über ihre eigenen Motive täuschen. Dies führt zu einer verzerrten Kommunikationssituation (vgl. Abb. 2). Die Analyse von Verständigungsproblemen dieser Art ist jedoch Teil jeder Form diagnostischer Erfahrungs- und Urteilsbildung, sofern sie die Möglichkeit reflexiver Bezugnahme auf das Handeln der Akteure im diagnostischen Prozeß - etwa im Zuge der psychoanalytischen Betrachtung von Übertragungs- und Gegenübertragungsprozessen - gestattet.

DER DIAGNOSTISCHE PROZEß ALS ANLEITUNG ZUR SELBSTREFLEXION

Der diagnostische Prozeß als dialogisch vermittelte Interaktion zwischen Diagnostiker und Klient meint in erster Linie reflektierte Praxis und weniger die Realisierung einer reglementierten Prozedur. Alle an der diagnostischen Situation beteiligten Akteure - auch die sogenannten Laien - bringen gewisse Grundkompetenzen zur Ausbildung psychologisch relevanter Urteile mit. Psychologen, die als Mediatoren die diagnostische Erfahrungs- und Urteilsbildung begleiten, bieten besondere theoretische und praktische Hilfen zur Unterstützung von Reflexionsprozessen. Ihre Arbeit kann in gewisser Weise als Anleitung zur Selbstreflexion (Fischer 1986) charakterisiert werden, etwa indem sie dem Klienten andere Verständnismöglichkeiten der eigenen Problemlage aufzeigen und Gelegenheit geben, über diese nachzudenken. In die reflexive Auseinandersetzung mit den eigenen Lebensumständen wird durch die Analyse von Übertragung und Gegenübertragung der Reflexionsprozeß selbst mit einbezogen. Das heißt, die Art und Weise, wie der Klient sein Problem besser zu verstehen lernt, kann nicht unabhängig vom tatsäch-

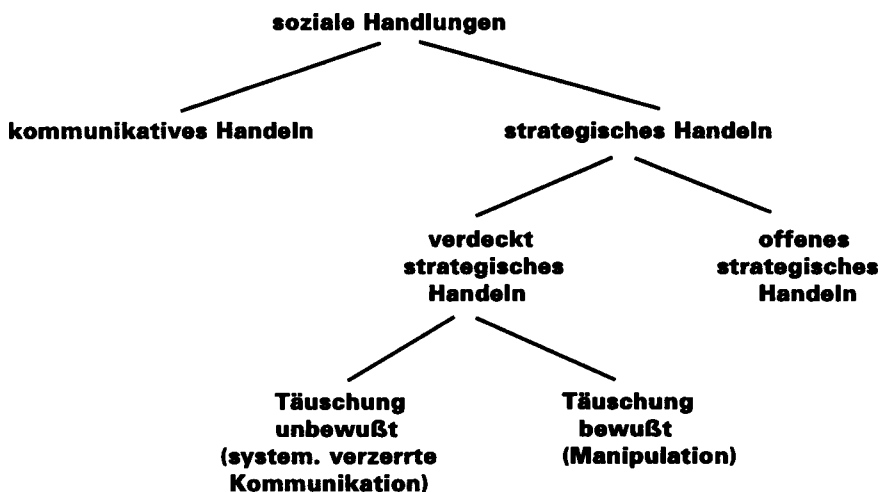


Abb. 2: Typen sozialen Handelns (Habermas 1981, 446)

lich eingeschlagenen und anderen denkbaren Wegen der Erfahrungsbildung gesehen werden. Psychologische Diagnostik meint deshalb nicht nur die Hermeneutik von Lebensproblemen, sie schließt auch eine Heuristik zur Auffindung neuer Betrachtungsmöglichkeiten dieser Lebensprobleme ein. Am Ende des diagnostischen Prozesses steht das diagnostische Urteil als Ergebnis eines gemeinsam getragenen Reflexionsprozesses und als Entscheidungshilfe für die weitere Problembearbeitung (vgl. Abb. 3).

PSYCHOLOGISCHE DIAGNOSTIK ALS PRAXEOLOGIE UND IHR ETHISCHER HINTERGRUND

Psychologische Diagnostik als wissenschaftlich begründete Praxis zur Aufklärung von individuellen und sozialen, aber in kleinem Rahmen bearbeitbaren Problemstellungen des Alltags wird in diesem Zusammenhang als Praxeologie begriffen. Sie ist Praxis, aber auch Logik einer Praxis, die

Prozesse der Selbst- und Fremdaufklärung sowie der Selbst- und Fremdrelexion unterstützt. Der griechische Ausdruck *logos* steht für die begründete Rede. *Praxeologie* meint die begründete Rede zu einer Praxis. Wenn demnach psychologische Diagnostik als Praxeologie konzipiert wird, so bedeutet dies, daß die Reflexion auf den Prozeß der Erfahrungs- und Urteilsbildung in der Diagnostik aus dieser Praxis selbst heraus erfolgt.

Auf diese Weise rückt das verdrängte dialogisch-normative Moment psychologischer Diagnostik wieder stärker ins allgemeine Blickfeld. Psychodiagnostische Fragestellungen entstehen vor dem Hintergrund ganz konkreter Lebensfragen und Lebensprobleme. Psychologische Diagnostik möchte dabei zur Verbesserung der jeweils problematischen Alltagssituation beitragen. Unabhängig, wie dies jeweils konkret realisiert werden kann, besitzt die Tätigkeit des

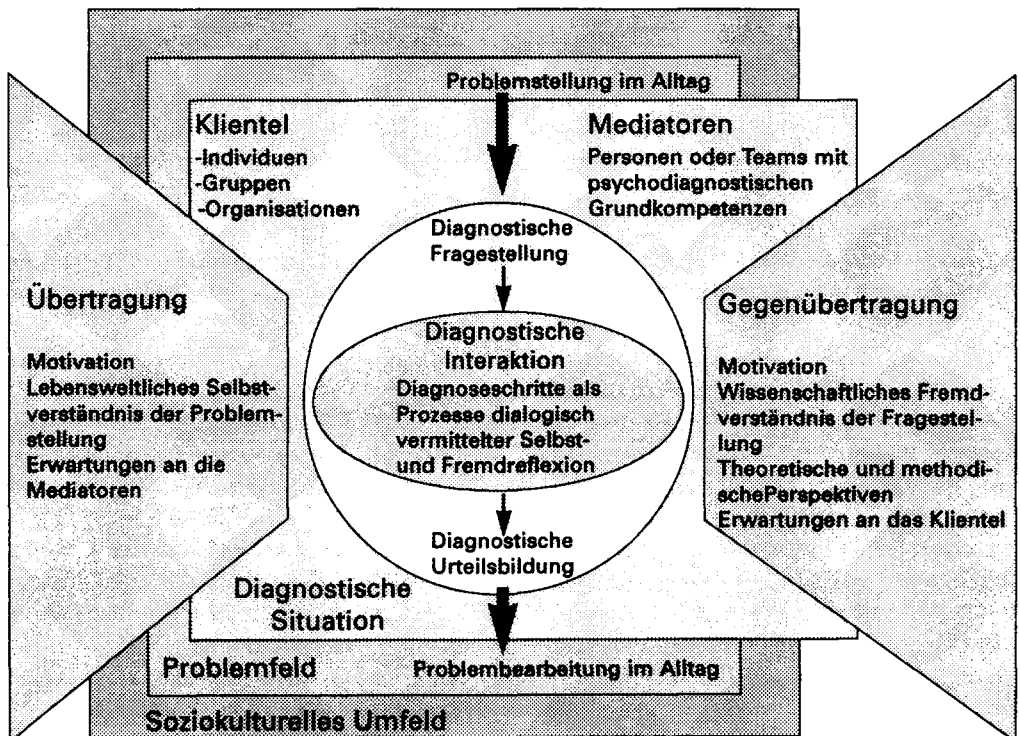


Abb. 3: Der diagnostische Prozeß als dialogische Praxis

Diagnostikers einen normativen Hintergrund. Das heißt, der diagnostisch Handelnde ist immer auch moralisch tätig. Aus diesem Grund müssen wir die Übernahme von Verantwortung und damit ethische Kompetenzen zu den Grundkompetenzen des Diagnostikers zählen.

Nun wurde aber im Zusammenhang der psychologischen Diagnostik die Ethik bislang nur als Sekundärproblem behandelt. Dabei ging es um die Frage der Vereinbarkeit von diagnostischen Verfahren mit der Würde des Menschen (vgl. etwa Pulver, Lang & Schmid 1978). Das Problem stellte sich allerdings nur deshalb in dieser Form, weil der normative Hintergrund der diagnostischen Praxis selbst ausgeblendet wurde. Diskutiert wurden instrumentelle Verfahren und deren moralische Vertretbarkeit. Daß aber jede diagnostische Fragestellung immer auch eine ethische Frage («Was soll ich tun?»; »Nach welchen Grundsätzen will ich leben?« bzw. »Wann ist es gerechtfertigt, den Freiraum eines Menschen zu beschneiden?«) darstellt, wurde verkannt.

Wenn wir demgegenüber den diagnostischen Prozeß als psychosoziale und dialogische Praxis begreifen, so rückt ihr ethischer Aspekt wieder in den Vordergrund. Statt sich den Kopf darüber zu zerbrechen, auf welche Weise die Sozialverträglichkeit einer technologischen Prozedur im nachhinein hergestellt werden kann, geht es hier von vorneherein um die Frage nach dem guten Leben als zentrale Problemstellung der dialogisch vermittelten Interaktion zwischen den Akteuren psychologisch-diagnostischer Erfahrungs- und Urteilsbildung. Denn thematisiert wird nicht nur, was aus psychologischer Perspektive jeweils der Fall ist, es geht auch um das Aufzeigen von Wegen, die die individuelle Lebensführung und das soziale Miteinander der Menschen zu verbessern erlauben. Diesem ethisch-moralischen Kontext diagnostischen Handelns wird sich die Psychologie in ihren Anwen-

dungen nicht verschließen dürfen, wenn sie die Art und Weise, in der das soziale Leben in unserer Gesellschaft geregelt ist, tatsächlich mitgestalten will.

Anmerkungen

1. Dies wird mittlerweile auch von Pionieren der Erforschung künstlicher Intelligenz so gesehen (vgl. etwa Winograd und Flores 1986).
2. Zu den genannten Kompetenzbereichen im einzelnen vgl. Sichler (1995).
3. Da hilft es auch wenig, wenn man, wie inzwischen geschehen (vgl. Jäger & Krieger 1994), versucht, die passive Sichtweise auf das zu diagnostizierende Individuum durch die Annahme eines reflexiven Subjekts auszugleichen. Denn das zentrale Problem liegt in der technologisch-normativen Konzeption des diagnostischen Prozesses, welche mit der Reflexivität der Person nicht ohne weiteres vereinbart werden kann. Auch »höchstmögliche Transparenz hinsichtlich des sich vollziehenden Prozesses« (227) betrifft allein die Schale der normativen Technologie, nicht aber ihren Kern.
4. Zu den konkreten Möglichkeiten der konsensuellen Validierung eines eignungsdiagnostischen Verfahrens vgl. Sichler (1996).
5. Wer dagegen die diagnostische Situation lediglich als Prozedur der Datenaufnahme begreift, kann verzerrte Kommunikation überhaupt nicht aufklären, sondern trägt vielmehr zur Verfremdung diagnostischer Urteilsbildung geradezu bei.

Literatur

- BOOTH, JOHN F. (1992): Kompetenz. In: Jäger, R.S. & Petermann, F. (Hg.). Psychologische Diagnostik. Ein Lehrbuch, 138-147. Weinheim: Psychologie Verlags Union
- DREYFUS, HUBERT L. & DREYFUS, STUART E. (1987): Künstliche Intelligenz - Von den Grenzen der Denkmachine und dem Wert der Intuition. Reinbek: Rowohlt
- FIEDLER, KLAUS (1984): Diagnostische Fähigkeiten und diagnostische Erfahrung. In: Jäger, R.S.; Mattenklott, A. & Schröder, R.-D. (Hg.). Diagnostische Urteilsbildung in der Psychologie. Grundlagen und

Anwendungen, 303-327. Göttingen: Hogrefe

FISCHER, PETER (1986): Diagnostik als Anleitung zur Selbstreflexion. Möglichkeiten einer subjektorientierten therapeutischen Diagnostik. Landau: Erziehungswissenschaftliche Hochschule Rheinland-Pfalz (Bd. 5 der Reihe Landauer Studien zur Klinischen Psychologie)

HABERMAS, JÜRGEN (1981): Theorie des kommunikativen Handelns. Band 1. Handlungsrationalität und gesellschaftliche Rationalisierung. Frankfurt/M.: Suhrkamp

JAEGGI, EVA (1991): Der kritisch forschende Praktiker. *Psychologie & Gesellschaftskritik*, 15 (1), 31-46

JÄGER, REINHOLD S. (1986): Der diagnostische Prozeß. Eine Diskussion psychologischer und methodischer Randbedingungen. Göttingen: Hogrefe (2. Auflage)

JÄGER, REINHOLD S. & KRIEGER, WINFRIED (1994): Zukunftsperspektiven der computerunterstützten Diagnostik, dargestellt am Beispiel der treatmentorientierten Diagnostik. *Diagnostica*, 40, 217-243

KAMBARTEL, FRIEDRICH (1974): Moralisches Argumentieren. Methodische Analysen zur Ethik. In: ders. (Hg.). *Philosophie und konstruktive Wissenschaftstheorie*, 54-72. Frankfurt/M.: Suhrkamp

KAMINSKI, GERHARD (1970): Verhaltenstheorie und Verhaltensmodifikation. Stuttgart: Klett

MERLEAU-PONTY, MAURICE (1966): *Phänomenologie der Wahrnehmung*. Berlin: de Gruyter

PETERMANN, FRANZ (1992): Kontrollierte Praxis. In: Jäger, R.S. & Petermann, F. (Hg.). *Psychologische Diagnostik. Ein Lehrbuch*, 147-154. Weinheim: Psychologie Verlags Union

POLANYI, MICHAEL (1985): *Implizites Wissen*. Frankfurt/M.: Suhrkamp

PULVER, URS; LANG, ALFRED & SCHMID, FRED W. (Hg.) (1978): *Ist Psychodiagnostik verantwortbar?*

Wissenschaftler und Praktiker diskutieren Anspruch, Möglichkeiten und Grenzen psychologischer Erfassungsmittel. Bern: Huber

RYLE, GILBERT (1949): *The Concept of Mind*. London: Hutchinson

SCHORR, ANGELA (1995): Stand und Perspektiven diagnostischer Verfahren in der Praxis. Ergebnisse einer repräsentativen Befragung westdeutscher Psychologen. *Diagnostica*, 41, 3-20

SICHLER, RALPH (1995): Psychodiagnostische Grundkompetenzen. In: Sarges, W. (Hg.). *Management-Diagnostik*, 72-78. Göttingen: Hogrefe

SICHLER, RALPH (1996): Subjektivität und Intersubjektivität als methodische Prinzipien. Zu den dialogisch-interpretativen Grundlagen und zur Möglichkeit einer kommunikativen Validierung der Assessment Center-Methode. In: Sarges, W. (Hg.). *Weiterentwicklungen der Assessment Center-Methode*, 17-40. Göttingen: Verlag für Angewandte Psychologie

WESTMEYER, HANS (1972): *Logik der Diagnostik. Grundlagen einer normativen Diagnostik*. Stuttgart: Kohlhammer

WESTMEYER, HANS (1976): Grundlagenprobleme psychologischer Diagnostik. In: Pawlik, K. (Hg.). *Diagnose der Diagnostik. Beiträge zur Diskussion der psychologischen Diagnostik in der Verhaltensmodifikation*, 71-101. Stuttgart: Klett

WINOGRAD, TERRY & FLORES, FERNANDO (1986): *Understanding Computers and Cognition*. Reading/MA: Addison-Wesley

ZITTERBARTH, WALTER & WERBIK, HANS (1990): *Exkurs: Subjektivität als methodisches Prinzip. Argumente und Verfahrensweisen einer dialogisch-verstehenden Psychologie*. In: Kriz, J.; Lück, H. E. & Heidbrink, H.. *Wissenschafts- und Erkenntnistheorie. Eine Einführung für Psychologen und Humanwissenschaftler*, 229-243. Opladen: Leske + Budrich.