

Nervenklinik der Universität München

## Psychiatrische Klinik und Poliklinik

Direktor: Prof. Dr. H. Hippus

Forensisch-psychiatrische Abteilung

Abteilungsvorsteher: Prof. Dr. W. Mende

Nußbaumstraße 7 8000 München 2

Telefon (089) ~~20000000~~  
Durchw. 51 60 - 2724

• Psychiatrische Klinik und Poliklinik, Nußbaumstr. 7, 8000 München 2 •

München, 27.12.1984  
Dr. We/gr

An das  
Kreisverwaltungsreferat  
der Landeshauptstadt  
München  
z.Hd. v. Herrn  
Verwaltungsdirektor Lippstreu  
Postfach

8000 München 1

Betr.: Verwaltungsstreitsache gegen die Scientology-Vereinigung  
München

KVR/III/-Li/Bi

Im Auftrag von Herrn Professor Mende erstatten wir das folgende

### psychologische Gutachten,

das sich auf die übergebenen Unterlagen, ein Gruppengespräch mit zwei ehemaligen Mitgliedern der Scientology-Vereinigung sowie eine am 5.12.1984 durchgeführte testpsychologische Untersuchung der drei Personen mit den Chiffren "Andrea", "Renate" und "Fritz" stützt.

Es soll zu folgenden, im Gutachtenauftrag vom 14.11.1984 angeführten Fragen Stellung genommen werden:

1. Ist der von der Scientology-Vereinigung verwandte Fragebogen, der als Persönlichkeitstest bei allen auf der Straße oder sonstwie angeworbenen Personen verwandt wird, wissenschaftlich fundiert? Ist er zur Feststellung psychischer Störungen (Suizidgefährdung) bzw. psychosozialer Schäden geeignet?

2. Entspricht das System der Auswertung (Standard Oxford Persönlichkeits-Auswertung; vgl. Auswertungsblatt für Maier Ralf - Anlage) wissenschaftlich anerkannten Verfahren ?

Entgegen der im Fragebogen angekündigten maschinellen Lesung wird regelmäßig mit Hilfe einer aufgelegten Schablone (Protokolle Bank, Kussinger - als Anlagen) ausgewertet.

3. Ist die Dateninterpretation, wie sie beiliegenden Vormerkungen zu entnehmen ist, die betroffenen Beamten stehen zu einer persönlichen Exploration jederzeit zur Verfügung, intern und extern valide ?  
Besteht aus psychologischer und psychiatrischer Sicht bei der Auswertung und Interpretation der Fragebogen durch psychologisch nicht nach anerkannten Kriterien ausgebildetes Personal Gefahr für die Probanden ?

Ad 1)

Ob der von der Scientology-Vereinigung verwandte Fragebogen, der nur als Oxford Capacity Analyse (Copyright 1968, 1980 von L. Ron Hubbard) identifiziert werden kann, wissenschaftlich fundiert ist, läßt sich sachverständig nicht beantworten, da keine weiteren Unterlagen (Testmanual) zur Verfügung stehen.

Die wissenschaftliche Seriosität eines Fragebogens (bzw. von Tests im allgemeinen) wird bei einem psycho-

metrisch konstruierten Verfahren innerhalb der klassischen Testtheorie in Bezug auf die allgemeinen Güteigenschaften beurteilt. Dabei handelt es sich um die Merkmale der

- Objektivität
- Reliabilität und
- Validität,

welche in einem allgemein zugänglichen Testmanual detailliert beschrieben werden müssen.

Ein Test ist objektiv, wenn die Testergebnisse unabhängig vom Verhalten des jeweiligen Testleiters anfallen (Durchführungsobjektivität), die Auswertung unabhängig vom jeweiligen Untersucher stets zu denselben Ergebnissen führt (Auswertungsobjektivität) und die Interpretation der individuellen Testpunktwerte bei verschiedenen Diagnostikern zu denselben psychologisch relevanten Klassifikationen führt (Interpretationsobjektivität).

Beim "Oxford"-Fragebogen kann zumindest die Auswertungsobjektivität (wie bei allen anderen mittels Schablone auszuwertenden Tests) vorausgesetzt werden. Ob die für die Durchführungsobjektivität notwendigen standardisierten Untersuchungsbedingungen in den Räumen der Scientology-Vereinigung mit den ständig variierenden

situativen Faktoren vorliegen, ist nach den Berichten der drei Testpersonen allerdings zu bezweifeln. Dasselbe gilt auch für die Interpretationsobjektivität, da man eine zu große Varianz in der Kompetenz der dort tätigen "Diagnostiker" annehmen muß.

Reliabel ist ein Test dann, wenn er ein Verhaltensmerkmal genau und auch bei Wiederholung übereinstimmend genug mißt (vgl. Sarris & Lienert 1974). Ob der Oxford-Test die geforderte Zeitstabilität aufweist, kann aufgrund der unveröffentlichten Kennziffern nicht beurteilt werden.

Als valide, d.h. gültig gilt ein Test dann, wenn er dasjenige Merkmal, das er erfassen will, auch tatsächlich mißt; also im vorliegenden Fall Persönlichkeitseigenschaften wie "stabil", "aktiv", "tatkraftig" usw. und nicht etwa nur vorsichtige oder freimütige Antworthaltungen aufdeckt.

Anhand der im Oxford-Inventar angeführten 200 Fragen ist eine Beurteilung der Gültigkeit entgegen der Laienerwartung nicht möglich, weil die Fragen bzw. Aussagen weder "sinnvoll" sein noch in einem erkennbaren Zusammenhang dem zu erschließenden Merkmal stehen müssen.

So hat beispielsweise die Aussage "Ich nehme nicht gern ein Bad" keine Augenscheinvalidität (face validity) für eine nichtfrontale Hirnverletzung, zählt aber bei Bejahung gleichwohl für eine solche Skala (Item 512 im MMPI, caudality scale). Der Grund liegt darin, daß bei faktorenanalytisch konstruierten Fragebogen nur die Wirksamkeit einer (wie auch immer sinnvollen) Aussage zählt, zwei verschiedene Stichproben zuverlässig zu unterscheiden (Trennschärfeindex). Deshalb muß die oft mangelnde Plausibilität der im Oxford-Test gestellten Fragen nicht dessen Validität ausschließen.

Bedenken gegen dessen wissenschaftliche Fundierung kann man aber aus dem Umstand ableiten, daß dieser "Test" weder in deutschen (Brickenkamp) noch amerikanischen (Buros) Handbüchern aufgeführt und auch nicht über das Verzeichnis der großen internationalen Testverlage (Swets & Zeitlinger, Amsterdam; Testzentrale Stuttgart) erhältlich ist.

Inwiefern der Oxford-Fragebogen zur Feststellung psychischer Störungen geeignet ist, hängt davon ab, wie sorgfältig die komplizierten Regeln der Testtheorie beachtet wurden, welche an dieser Stelle aber nicht referiert werden sollen.

Es wäre daher wichtig zu wissen, an welchen und wie großen Eichstichproben (klinischen Gruppen) eine Normierung vorgenommen wurde. Da diese Angaben nicht zugänglich sind, müssen Zweifel an der diagnostischen Effizienz geäußert werden, da dem Augenschein nach die 10 Skalen beträchtliche Interkorrelationen aufweisen, während die wissenschaftliche Testkonstruktion eine weitgehende Skalenunabhängigkeit fordert.

Im konkreten Fall (Beispiel "Andrea") führt die Oxford-Diagnose deshalb auch zu inkonsistenten Urteilen, wonach die Versuchsperson sowohl "gehemmt" (Skala F) und "in sich zurückgezogen" (J) als auch "sicher" (D) und "aufgeschlossen" (I) sein soll.

Die Diagnose einer "Suizidgefährdung" ist eine viel zu schwerwiegende Feststellung von u.U. fataler Tragweite, als daß sie von einem Fragebogen allein - und sei er wissenschaftlich noch so anerkannt - getroffen werden dürfte.

Der klinisch tätige Psychologe weiß um die Gefahr einer unheilvollen Etikettierung, welche manchmal als iatrogenen Fehler Prozesse in Gang setzt, welche eigentlich gerade vermieden werden sollten. Er wird einen solchen Verdacht (um mehr kann es sich nicht handeln) ohnehin erst aus den sich gegenseitig stützenden Befunden mehrerer

Verfahren gewinnen und dem Patienten - wenn überhaupt - nur dann mitteilen, wenn ein Vertrauensverhältnis entstanden ist und bei sorgfältiger Abschätzung der verbliebenen Ich-Stärke dieser Hinweis therapeutisch indiziert ist.

Sofern er das nicht bedenkt, riskiert er den in der Sozialpsychologie als Rosenthal-Effekt beschriebenen Prozeß einer sich selbst erfüllenden Prophezeiung.

Die in der Scientology-Vereinigung geübte Praxis, einer quasi unbekanntem Versuchsperson nur aufgrund des mittels Oxford-Fragebogen erhobenen Profils eine Suizidgefährdung vorzuhalten, muß aus fachpsychologischer Sicht als sehr bedenklich beurteilt werden. Sie kann ggf. zu einer ungerechtfertigten Pathologisierung der Person führen, ohne daß die daraus resultierende Verunsicherung therapeutisch adäquat aufgefangen wird.

Ad 2)

Ob der Oxford-Fragebogen maschinell oder mittels Schablone ausgewertet wird, ist von nebensächlicher Bedeutung, wenngleich prinzipiell eine maschinelle Auszählung zuverlässiger einzustufen ist, da sie Störvariablen (wie fluktuierende Aufmerksamkeit der Auswerter, Ablenkung durch Dritte) wegfallen.

Inwiefern das Auswertungssystem wissenschaftlich anerkannten Verfahren entspricht, muß offenbleiben, da der Test sich theoretisch in der wissenschaftlichen Literatur nicht ausgewiesen hat.

Ad 3)

Die Gültigkeit der Dateninterpretation bei den Personen "Fritz", "Andrea" und "Renate" läßt sich theoretisch an einem Außenkriterium überprüfen, welches man quasi als das tatsächliche Ergebnis einschätzt (Kriteriumsvariable).

Hier bieten sich im Bereich der subjektiven Persönlichkeitsdiagnostik folgende beiden international gebräuchlichen Fragebogen an:

- Minnesota Multiphasic Personality Inventory (MMPI)
- 16 Personality Factor Questionnaire (16 PF).

Obwohl bezüglich Fragebogen der generelle Einwand zutrifft, daß sie nur das abbilden, was die Versuchsperson von sich darstellen möchte (also subjektive und keine objektiven Daten erhoben werden), genügen beide Verfahren doch hinsichtlich ihres Konstruktionsniveaus und ihrer testtheoretischen Transparenz den methodischen



Ansprüchen der akademischen Psychologie.

Beide Verfahren können auf eine hinreichend lange Zeit der Praxisbewährung zurückblicken (Erstveröffentlichung MMPI 1943, 16-PF 1949) und werden regelmäßig in der wissenschaftlichen Literatur diskutiert. So sind beispielsweise von dem in über 30 Sprachen übersetzten MMPI schon 1974 im Mental Measurement Yearbook über 4000 wissenschaftliche Publikationen erfaßt. Während das in unserer Klinik angewandte Interpretationssystem von Lachar auf der Grundlage des MMPI eine Persönlichkeitsbeschreibung bietet, "für die in verschiedenen psychiatrischen Einsatzbereichen und verschiedenen Sprachen eine gute interpretative Treffsicherheit im Einzelfall nachgewiesen ist" (Engel 1980), ist der 16-PF in der vorliegenden deutschen Fassung (Schneewind 1983) ein mehrdimensionales Persönlichkeitsinventar, das nicht so sehr auf die Erfassung psychopathologischer Phänomene abzielt, sondern auch in der Arbeits-, Betriebs- und Berufspsychologie seine Anwendungsfelder hat.

Übersieht man nun die jeweiligen Profilverläufe, so zeigt es sich, daß keine der drei o.g. Versuchspersonen im MMPI die Grenzen der normalpsychologischen Bandbreite überschritten hat. Von psychopathologisch relevanten

Auffälligkeiten kann überhaupt keine Rede sein.

Akzentuierungen bestehen allenfalls darin, daß "Fritz" eine selbstsichere, tatkräftige und skeptische Sturheit besitzt; "Renate" hysteriforme Spontaneität zeigt und zusammen mit "Andrea" in betonter Weise das Stereotyp der weiblichen Rolle internalisiert hat.

Bei keiner Versuchsperson läßt sich jedoch ein depressives oder psychasthenisches Potential belegen, wie es die Oxford-Skalenbefunde "deprimiert" und "gehemmt" suggerieren.

Dasselbe gilt auch für die allen drei Versuchspersonen gegenüber vorgebrachte Einrede der "Kontaktstörung", da die entsprechenden Werte auf der sozialen Introversion - Extraversionsskala bei "Andrea" eine ausgeglichene (T = 53), bei "Renate" und "Fritz" sogar eine extravertierte Position anzeigen (T = 41 bzw. T = 38).

Im einzelnen lassen sich anhand unserer Untersuchung folgende Merkmalszuschreibungen vornehmen, denen diejenigen des Oxford-Tests (soweit vorhanden) beigelegt sind:

#### Renate

MMPI-Computerdiagnose nach Lachar:

Gültiges Profil. Genau durchschnittlicher Lügenwert.

Keine Verfälschungstendenzen.

Profil innerhalb des Normbereichs.

Erhöhte Werte auf den Skalen "Hysterie" (T = 67) und "Femininität" (T = 31).

Frau R. setzt Verdrängung und Verleugnung ein, um mit psychischen Problemen fertig zu werden. In Zeiten mit andauerndem Streß können funktionale körperliche Beschwerden auftreten.

Keine klinische Diagnose möglich.

16 PF:

Starkes Dominanzstreben bei einer unkonventionellen, wenig normgebundenen Frau, die viel Selbstsicherheit und Selbstvertrauen besitzt, nicht ängstlich ist und sich gradheraus und unbefangen zu artikulieren weiß.

Oxford-Analyse:

Labil, zerstreut, ausgeglichen, aktiv, gehemmt, kommunikationsunfähig, in sich zurückgezogen.

Andrea

MMPI:

Gültiges Profil. Unterdurchschnittlicher Lügenwert.

Keine Verfälschungstendenzen.

Profil liegt im Normbereich.

Erhöhte Werte einzig auf der Skala "Femininität"

(T = 29).

Probandin wird als begeisterungsfähig, aufgeschlossen, optimistisch beschrieben; kümmert sich aber nur um Angelegenheiten, die für sie von persönlichem Interesse sind. Solche Personen können gelegentlich feindselige Gefühle in anderen auslösen und prahlerisch wirken.

Keine klinische Diagnose möglich.

16 PF:

Weitgehend im unauffälligen Mittelbereich verlaufendes Profil. Etwas skeptische und zurückhaltende Frau, dabei große innere Ruhe, Gelassenheit und Zufriedenheit.

Oxford-Analyse:

Extrem deprimiert; inaktiv, gehemmt; in sich zurückgezogen; sicher; aufgeschlossen.

Fritz

MMPI:

Gültiges Profil. Genau durchschnittlicher Lügenwert.

Keine Simulations- oder Dissimulationshaltung.

Profil durchgängig im Normbereich.

Leichte Erhöhungen auf den Skalen "Psychopathie" und "Hypomanie".

Der Proband hat Selbstvertrauen und zeigt manchmal eine gewisse Hyperaktivität. Solche Personen sind im allgemeinen tüchtig und machen sich keine unnötigen Sorgen. Das Testprofil weist auf eine gewisse Unnachgiebigkeit und Sturheit in den sozialen Beziehungen hin.

Keine klinische Diagnose möglich.

16 PF:

Sehr extravertierter, aktiver und lebhafter Mann, ausgesprochen belastbar und entspannt.

Skeptische Haltung, im Urteil unabhängig.

Unkonventionalität in der Lebensführung, kümmert sich wenig darum, was andere davon halten.

Sehr starkes Dominanzstreben; Durchsetzungsfähigkeit und Selbstbehauptung geht auf Kosten der Anpassungsfähigkeit.

Oxford-Analyse:

Kein Testprofil vorliegend. Eigene Berichterstattung der ihm vorgetragenen mündlichen Interpretation:

Er sei energisch, gesund, besitze Arbeitskraft, sei aber kontaktgestört, weil er alles so kritisch sähe. Er habe psychische Probleme, es sei mit gesundheitlichem und geistigem Schaden in der Folge zu rechnen.

Wenngleich logischerweise eine externe Validierung nur unter der Voraussetzung möglich ist, daß die Versuchspersonen auch im Oxford-Fragebogen wahrheitsgetreu geantwortet haben, so zeigt - wie schon erwähnt - die hier vorgenommene Testdiagnostik doch immerhin, daß es sich um (statistisch gesehen) "normale" Personen handelt ohne klinisch relevante Auffälligkeiten.

Zur Kompetenzfrage:

Während in den 50er- und 60er-Jahren geradezu eine Euphorie auf dem Gebiet der Psychodiagnostik geherrscht hatte und in einer manchmal fast kindlichen "Testgläubigkeit" immer neue Verfahren entwickelt wurden, hat sich in den letzten 10 Jahren eine größere Skepsis gegenüber der Testpsychologie ausgebreitet. Die Einwände der Theoretiker aus dem akademischen Bereich gelten vor allem methodischen, testtheoretischen Problemen (Reliabilität, Validität usw.), wobei die Kontroverse ihren Niederschlag u.a. in dem von Pulver (1978) herausgegebenen Buch mit dem provokanten Titel "Ist Psychodiagnostik verantwortbar ?" fand.

Ethische Probleme sind dort nur am Rande erwähnt, werden aber von Rauchfleisch (1982) in seinem Werk "Nach bestem Wissen und Gewissen. Die ethische Verantwortung in Psycho-

logie und Psychotherapie" thematisiert.

Es ist also ein innerhalb der Fachpsychologen ablaufender Sensibilisierungsprozeß zu beobachten, der zum einen die magische Erwartungshaltung der Laien abzubauen sich vornimmt und zum anderen die in den berufsethischen Richtlinien für Psychologen niedergelegten Verpflichtungen wieder neu fokussiert.

In diesem wissenschaftstheoretischen Rahmen und Spannungsfeld hat die Kompetenzfrage ihr besonderes Gewicht, wenn es um die Übermittlung von sog. "Persönlichkeitsanalysen" geht.

Im "Handbuch psychologischer und pädagogischer Tests" von Brickenkamp (1975) heißt es in diesem Zusammenhang:

"Die Grenzziehungen und Differentialdiagnosen zwischen sog. "normalen" und "anormalen", "psychopathologischen" Verhaltensweisen sind ein altes und nicht nur für Psychologen und Pädagogen schwer lösbares Problem von erheblicher Tragweite für den Betroffenen. Klinische Tests, die in dieser Gruppe aufgeführt werden, sollen Anhaltspunkte für eine klinische Diagnosestellung geben, sollen psychopathologische Erscheinungen erfassen und Hilfen für eine differentialdiagnostische Abklärung anbieten. Sie können - für sich genommen - aber keine psychiatrische Diagnose ersetzen. Der Umgang mit diesen Verfahren setzt ein besonderes Maß an klinischer Erfahrung und Zurückhaltung bei der Interpretation der Ergebnisse voraus."

In derselben Weise argumentiert auch Betz (1981) in seinem Artikel "Zur Verwendung von psychologischen Tests durch Laien", wenn er fordert:

"Angesichts der Folgen, die entstehen können, wenn Testergebnisse von Nichtfachleuten erhoben und als Kriterien verwendet werden... ist die Herausgabe psychologischer Tests an Laien unverantwortlich. Psychologische Tests sind vielmehr auf gleicher Ebene zu behandeln wie ärztliche Untersuchungsmethoden und sind in gleicher Weise für Laien unzugänglich zu halten."

und weiter:

"Die - inhaltlich völlig richtigen - Darstellungen von psychologischer Seite, daß z.B. Beratung und Psycho-diagnostik umfassende Kenntnisse voraussetzt, die nur in einem Vollstudium der Psychologie erworben werden können (Ebel 1979), können nicht ausreichen, so lange die Öffentlichkeit unter dem Einfluß starker Interessengruppen nicht sieht, in welcher Weise sich die psychologischen Verfahren wandeln, so bald sie aus der Hand des Fachmanns gelangen."

Der Verfasser sieht drei Gründe, die zu einer mißbräuchlichen Interpretation von Tests führen können:

#### 1. Die Magie der Zahl

Zahlen seien in Disputen aller Art zu entwaffnenden Argumentationshilfen geworden. Zweifel an der Herkunft der Zahl (sorgfältige Recherche und Genauigkeit der Verarbeitung) werden immer weniger geäußert. Das Testergebnis in Form einer Zahlenangabe partizipiert an dieser "Unzweifelbarkeit".

#### 2. Unfähigkeit, die Unzuverlässigkeit eines Testwertes im Auge zu behalten

Hier wird auf das bei Laien mangelhafte Wissen um die Relativität der Testbefunde abgehoben, da der jeweilige Testwert nicht als Momentaufnahme des Zustandes im Zeit-



punkt der Durchführung begriffen wird. Im Vordergrund der Erkenntnis muß ein Entwicklungsprozeß stehen, in dem die Diagnostik einzelne Zeitquerschnitte liefern soll. Diese prozeßbegleitende Diagnose von Schritt zu Schritt sei aber nur möglich, wenn Veränderlichkeit als Grundlage der Berechtigung des therapeutischen Bemühens anerkannt werde.

3. Die "Undenkbarkeit" eines sachlich geforderten Abweichens des Urteils vom errechneten Zahlenwert im Rahmen einer bürokratisch organisierten Hierarchie "Professionelle Diagnostik verlangt Virtuosität der Auswertung und nötigenfalls Korrektur der Aussage jedes Einzelergebnisses durch die übrigen Daten. Sie kommt nicht aus ohne einen definitiven Freiraum und Sachverstand desjenigen, der den Test verwendet und interpretiert."

Betz fordert also einen "diagnostischen Freiraum", der es dem Psychologen ermöglicht, auch Beobachtungen aus der Exploration oder aus anderen Tests zur Interpretation der Testdaten zu verwenden. "Nicht nur, daß er die mit jeder Messung verbundene Unzuverlässigkeit berücksichtigt und den Testwert im Zusammenhang mit der Testsituation 'strenger' oder 'milder' auslegt, derselbe (numerisch gleiche) Wert bedeutet je nach den

übrigen Daten Verschiedenes. Zur sinnvollen Interpretation eines Tests gehört also Hintergrundwissen, das dem Laien nicht zur Verfügung steht und dazu ein Freiraum der Interpretation, von dem wieder nur der Fachmann richtigen Gebrauch machen kann."

Aus dem Gesagten wird deutlich, daß verantwortliches Testen mehr ist als das Austeilen und Einsammeln von Fragebogen mit anschließendem Auszählen der Markierungen. Die Testuntersuchung läuft keineswegs in einer psychosozial keimfreien Situation ("sozialer Faraday-Käfig") ab; vielmehr haben eine Vielzahl sozialpsychologischer Forschungsergebnisse aufgezeigt, daß die psychodiagnostische Situation eben nicht durch soziale Sterilität gekennzeichnet ist, sondern daß situative und interpersonelle Einwirkungen die Testbefunde modifizieren und verfälschen können. :

Insofern kann man sich dem Resümee von Landolf (1978) uneingeschränkt anschließen, wenn er schreibt:

"Wie man das Diagnostikproblem auch angeht: Es beginnt und endet beim Diagnostiker selbst, und der Psychodiagnostiker ist es, der in erster Linie auf seine 'Validität' hin überprüft werden müßte. Lieber ein schlechter Test in der Hand eines guten Diagnostikers als umgekehrt ! Wie aber kann sichergestellt werden, daß der Diagnostiker 'valide', d.h. ohne Wahrnehmungsverzerrung, Urteilsfehler, unterschwelliges Manipulieren arbeitet ? F.W. Schmid spricht von 'Erfahrung', 'Verantwortungsbewußtsein', 'Gewissenhaftigkeit', 'Selbstkritik', 'Setzung verpflichtender moralischer Maßstäbe' und 'Erziehung des fachlichen Nachwuchses zu verantwortungsbewußtem Handeln'."

Der Weg zum "validen" Diagnostiker ist auch mit dem akademischen Studium noch nicht abgeschlossen. Vielmehr wird in Weiterbildungsveranstaltungen (z.B. Balintgruppen) versucht, jenes Maß an interpersoneller Sensibilität zu vermitteln, das den Diagnostiker befähigt, seine Einfühlung in den Klienten zwischen der Skylla der unkontrollierten Identifizierung und der Charybdis des weltanschaulichen Vorurteils durchzusteuern.

Darüber hinaus wird heute für die klinisch-psychologische Praxis (und die Attribuierung psychischer Störungen und Suizidrisiken reicht genau in diesen Kompetenzbereich hinein) immer dringlicher ein Vorgehen gefordert, das die Integration verschiedener Techniken und Interventionsformen in einem geregelten "präskriptiven Eklektizismus" (Birtsch 1980) meint, der damit zu einem zielgerichteten klinischen Prozeß wird.

Wo diese Voraussetzungen nicht oder nur unzureichend erfüllt sind, muß daher die Frage nach der Gefahr für den Probanden bejaht werden, wobei vor allem noch einmal auf die schon weiter oben angeführten Komplikationen im Zusammenhang mit der Diagnose der Suizidgefährdung verwiesen wird.

Z u s a m m e n f a s s u n g :

1. Die "Oxford Capacity Analyse" wird in der wissenschaftlichen Literatur nicht besprochen und ist im fachpsychologischen Buchhandel nicht erhältlich. Da sich das Verfahren hinsichtlich seiner Gütekriterien (Objektivität, Reliabilität, Validität) und Normierung nicht ausweist, ist eine sichere Stellungnahme bezüglich der wissenschaftlichen Fundierung nicht möglich. Bedenken gegen diesen Fragebogen werden aber auch durch die Inkonsistenz der Persönlichkeitsbeurteilung und der vermutlich hohen Skaleninterkorrelation verstärkt.

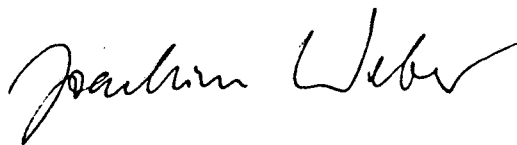
Die Feststellung psychischer Störungen oder gar einer Suizidgefährdung impliziert neben der Fähigkeit zur synoptischen Beurteilung mehrerer Testbefunde auch eine sorgfältige Abschätzung der beim Klienten verbliebenen Ich-Stärke, um eine fatale Verunsicherung oder suggerierte Pathologisierung zu vermeiden. Diagnostische Schlüsse o.g. Art allein aus dem Oxford-Fragebogen zu ziehen, bedeutet aus fachpsychologischer Sicht ein unverantwortliches Vorgehen.

2. Da das Auswertungssystem nicht offenbart wird, kann dessen Wissenschaftlichkeit ebenfalls nicht beurteilt werden. Die Auswertungsweise (maschinell versus Schablone) ist von untergeordneter Bedeutung.
  
3. Die mit wissenschaftlich anerkanntem Instrumentarium vorgenommene Persönlichkeitsdiagnostik der drei betroffenen Beamten hat keine psychopathologisch relevanten Merkmale aufgezeigt. Eine externe Falsifizierung der mittels Oxford-Test ermittelten Auffälligkeiten liegt logischerweise allerdings nur dann vor, wenn die Versuchspersonen dort ebenfalls eine wahrheitsgetreue Selbstdarstellung abgegeben haben.

Die Kompetenz zu psychologischer Diagnostik muß jenen Interpreten abgesprochen werden, welche folgende Punkte nicht oder nur ungenügend erfüllen:

- sensibilisierte Beachtung der berufsethischen Verpflichtungen
- hohes Maß an klinischer Erfahrung und kontrollierter Gegenübertragungsprozesse bei der Interpretation von psychopathologischen Testbefunden
- notwendige und selbstkritische Skepsis gegenüber der Testpsychologie

- Abbau magischer Erwartungshaltungen beim Probanden
- relativierte Bewertung der "Magie der Zahl"
- Korrektur des Einzelergebnisses innerhalb eines diagnostischen Freiraumes
- Kenntnis verschiedener Persönlichkeitstheorien und Fähigkeit zur Integration mehrerer Interventionstechniken im Rahmen eines geregelten präskriptiven Eklektizismus.



Dr. phil. Joachim Weber  
Klinischer und forensischer  
Psychologe

Literatur:

- BETZ, Dieter: Zur Verwendung von psychologischen Tests durch Laien.  
In: Janke, W. (Hrsg.): Beiträge zur Methodik in der differentiellen, diagnostischen und klinischen Psychologie.  
Königstein/Ts., 1981, S. 225-232
- BIRTSCH, Vera: Problem - orientierte Ausbildung als Anleitung zur Integration psychotherapeutischer Modelle und Techniken.  
In: Birtsch/Tscheulin (Hrsg.): Ausbildung zu klinischer Psychologie und Psychotherapie.  
Weinheim, 1980, S. 229-239
- BRICKENKAMP, Rolf: Handbuch psychologischer und pädagogischer Tests.  
Göttingen 1975, S. 15
- BUROS, O.K.: The Eight Mental Measurement Yearbook.  
Vol. I, New Jersey 1978
- ENGEL, Rolf: Persönlichkeitsfragebogen MMPI.  
Ärztliche Praxis, Bd. 30 (25), 768-769, 1978
- ENGEL, Rolf: Validierung eines klinischen Routine-Systems zur computerisierten Erstellung von MMPI-Befunden bei psychiatrischen Patienten.  
Arch. Psychiat. Nervenkr. 229, 165-177 (1980)
- ENGEL, Rolf: Psychodiagnostik zur Abgrenzung psychopathologischer Störungen.  
In: Rey, E. (Hrsg.): Klinische Psychologie.  
Stuttgart 1981, S. 67-74
- LANDOLF, Peter: Die Validierung des Diagnostikers.  
In: Pulver, E. et al. (Hrsg.): Ist Psychodiagnostik verantwortbar?  
Bern 1978, S. 72-75

RAUCHFLEISCH, Udo: Nach bestem Wissen und Gewissen.  
Die ethische Verantwortung in  
Psychologie und Psychotherapie.  
Göttingen 1982

SARRIS V., Lienert, G.: Konstruktion und Bewährung  
von klinisch-psychologischen Test-  
verfahren.  
In: Schraml, W. (Hrsg.): Klinische  
Psychologie II, Bern 1974, S. 286-352

Anhang:

Berufsethische Verpflichtungen für Psychologen.  
Berufsverband Deutscher Psychologen e.V.  
(abgedruckt in: RAUCHFLEISCH)